

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

109

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Alexandre-Georges NAUDASCHER

Né le 13 avril 1914, à Pau (Basses-Pyrénées)

LES PSYCHOSES DÉLIRANTES D'INVOLUTION

Essai clinique et nosographique

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Alexandre-Georges NAUDASCHER

Né le 13 avril 1914, à Pau (Basses-Pyrénées)

LES PSYCHOSES DÉLIRANTES
D'INVOLUTION

Essai clinique et nosographique

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SEZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

LE DOCTEUR G. DEMAY

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEI-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies mentales
Médecin de l'Hôpital Psychiatrique Sainte-Anne
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. MARCHAND

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHATAGNON

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUDOUIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARTIMOR

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. VIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOURIOU

A MONSIEUR LE DOCTEUR MISSET

Les Psychoses délirantes d'involution

AVANT-PROPOS

Non seulement les profanes, mais les intéressés eux-mêmes, ont épilougué de façon diverse, souvent avec humour, sur l'obscurité du langage employé par les aliénistes, et le célèbre discours qu'Arnaud prononçait, voici un quart de siècle, au Congrès du Puy, sur l'« Anarchie psychiatrique », n'a rien perdu de son actualité. Si, trop souvent, formules et épithètes sont critiquables, parfois les faits eux-mêmes manquent de précision. Tels sont, entre autres, ceux qu'on a rangés sous la qualification de « Psychoses préséniles ». Déjà Kraepelin, comme l'ont rappelé Halberstadt et Hoven, écrivait qu'il s'agit là du domaine probablement le plus obscur de toute la psychiatrie.

Cet aveu d'un des maîtres de la psychiatrie contemporaine est de nature à rendre modestes ceux qui entreprennent une étude sur les troubles psychiques de la présénilité. Dans ce vaste ensemble nous laisserons de côté, pour notre part, les états dépressifs et démentiels comme la mélancolie involutive, la schizophrénie tardive, qui ont fait naître et suscitent encore tant de controverses. Nous nous bornerons à examiner le problème des délires préséniles, également très discuté, sans prétendre, bien entendu, y apporter une solution définitive. Nous avons voulu simplement grouper quelques faits et tenter de préciser l'état actuel de cette question, en nous aidant des principaux travaux publiés et de nos observations personnelles.

Ces observations concernent exclusivement des femmes ; elles ont été recueillies pendant notre internat à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche dans le Service de M. le Dr Demay. On sait d'ailleurs que les psychoses dites d'involution se voient surtout chez la femme, et ce sont des malades du sexe féminin qui ont fourni la matière des descriptions cliniques que nous aurons à citer.

Nous n'avons pas jugé nécessaire de reproduire, dans tous les

cas, des observations longues et détaillées. Quand il s'agit d'états délirants, de telles descriptions deviennent aisément fastidieuses et alourdissent un exposé. Il nous a paru suffisant de citer les détails qui viennent à l'appui des faits invoqués. Nous n'avons fait exception à cette règle que lorsque nous avons eu affaire à des états atypiques ou à des types cliniques rarement décrits, et dont il était, par suite, intéressant de vérifier la description.

Après avoir montré combien la notion de présénilité en psychiatrie reste indéterminée, nous avons essayé de classer les états délirants qui surviennent au cours de cette période dite présénile. Nous n'avons pas cru devoir faire un exposé historique d'ensemble ; il nous a semblé préférable de rappeler, à propos de chaque catégorie, les travaux les plus importants. Pour une grande partie de ces références nous avons utilisé avec profit les remarquables publications d'Halberstadt, dont la documentation est de toute première main. Nous avons terminé en envisageant le problème nosographique et étiologique.

Nous ne nous dissimulons pas ce que ce travail a d'incomplet. Nous avions projeté d'y joindre un appoint biologique dont nous avons commencé à réunir la documentation et un chapitre anatomo-pathologique, pour lequel nous étions assuré du précieux appui de M. L. Marchand, qui a bien voulu accepter notre collaboration pour ses recherches sur les psychoses préséniles et que nous ne saurions trop remercier de sa bienveillance. Les circonstances ne nous ont pas permis de réaliser ce projet. Nous avons dû nous limiter à la partie clinique et nosographique, en raison de notre appel sous les drapeaux en septembre 1939. Si nous avons pu mener à bien cette étude, c'est grâce aux encouragements et aux conseils de notre beau-père, le Dr G. Demay ; nous sommes heureux de lui témoigner ici notre affectueuse gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

LA NOTION D'INVOLUTION PRÉSÉNILE EN PSYCHIATRIE

Quand on recherche une définition des psychoses préséniles, on ne peut que constater l'incertitude qui règne à ce sujet. Ceci n'est pas pour surprendre si on songe au peu de précision que comporte la notion de présénilité en général. Si l'on s'en tient à l'étymologie, il s'agirait de la période qui précède immédiatement la vieillesse. D'où la nécessité de faire intervenir la notion d'âge. Mais qui ne sait que la vieillesse se manifeste à des âges très différents ? Sans aller jusqu'à dire, avec Minot, que la vieillesse commence au moment où débute la différenciation des tissus, c'est-à-dire dès les premières années de la vie, il est certain que tel individu paraît « plus vieux que son âge » alors que tel autre conserve, jusqu'à un âge avancé, sa verdeur physique et son activité intellectuelle.

Toute délimitation de la sénilité — et par suite de la présénilité — ne peut donc qu'être arbitraire. Cependant Bastai et Dogliotti (1), qui font eux-mêmes cette remarque, pensent qu'au point de vue pratique, il est utile d'avoir recours à un point de repère ; ils adoptent celui qu'indiquait déjà Hippocrate et estiment que c'est entre 60 et 65 ans qu'on peut admettre, de façon très approximative, l'apparition de la sénescence.

Si l'on se rallie à cette manière de voir, on devrait rencontrer les psychoses dites préséniles avant l'âge de 60 ans, limite inférieure. En fait, comme le note Halberstadt, les auteurs font commencer la présénilité après la quarantaine. Donc c'est entre 40 et 60 ans que doivent apparaître les troubles psychiques de la

(1) BASTAI et DOGLIOTTI, *Physiopathologie de la vieillesse*. Paris, Masson, 1938.

présénilité. Ce n'est pas dire, bien entendu, que tous les troubles mentaux qui se manifesteront pendant cette période seront des troubles préséniles. Le problème est de savoir quels sont parmi ces troubles mentaux ceux qui peuvent être légitimement rattachés à un processus d'involution présénile.

Présénilité et artériosclérose cérébrale.

Un certain nombre d'auteurs considèrent que les psychoses d'involution sont conditionnées par des altérations vasculaires, et ils identifient par suite troubles psychiques séniles et artériosclérose cérébrale. Dupré donne à la notion de démence sénile un sens très large, la caractérisant à la fois par des lésions conjunctivo-vasculaires et parenchymateuses. Campbell attribue un rôle primordial à l'artériosclérose. Pour Noezli, la démence sénile évolue toujours parallèlement à l'artériosclérose cérébrale. Raymond Mallet rattache les psychoses d'involution à la cérébroscclérose. Seelert soutient la même opinion. Rouquier écrit que les états d'affaiblissement sénile et présénile sont conditionnés par des lésions vasculaires. Lévy-Valensi emploie cette formule : le cerveau sénile est avant tout un cerveau d'artérioscléreux.

Cette théorie uniciste est cependant contredite par toute une série de travaux. Citons à l'étranger ceux d'Alzheimer, de Kraepelin, de Redlich, de Spielmeyer, de Schröder, et en France les importantes études de Klippel et Lhermitte, Deny et Lhermitte, Claude et Lhermitte, Lhermitte et Nicolas, Léri, Tinel, Foix et Nicolesco, Marchand. Ces travaux ont établi la réalité de l'involution sénile sans athérome, et ont abouti à la notion d'encéphaloses (Claude, Lhermitte et Baruk, Meignant, L. Marchand). Il ne s'agit pas de lésions inflammatoires ou vasculaires. Il ne s'agit pas non plus d'une exagération de la sénescence normale. Nous sommes en présence d'un processus dégénératif primitif par abiotrophie des éléments nerveux et qui, pour Marchand, serait surtout le résultat de tares héréditaires ou congénitales. L'involution des neurones cérébraux peut être prématurée ou tardive ; l'atrophie peut prédominer sur certaines régions cérébrales ou être diffuse. Ainsi s'expliqueraient les différentes variétés de syndromes cliniques observés : psy-

chose présénile, démence sénile, maladie d'Alzheimer, maladie de Pick.

Il importe donc de séparer les troubles psychiques séniles et préséniles de l'artériosclérose. Il y a là deux processus entièrement différents. Il est, certes, d'observation courante que l'artériosclérose s'observe fréquemment à la période sénile et présénile. Mais il est non moins établi que l'artériosclérose peut se développer en dehors de toute involution sénile. D'autre part maints vieillards ne présentent pas d'artériosclérose ; c'est un fait que pour notre part nous avons vérifié plusieurs fois à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, tant par l'examen clinique que par les constatations nécropsiques. Comme l'écrivent Bastai et Dogliotti (1) la majeure partie des anatomistes et des cliniciens s'accordent pour considérer l'artériosclérose comme un attribut inconstant, bien que fréquent, de la vieillesse, mais qui ne doit pas être considéré comme la raison d'être des manifestations de la sénescence.

Ainsi, en rapportant à l'artériosclérose cérébrale, comme on le fait parfois encore actuellement, tous les troubles psychiques séniles et préséniles, on aboutit à une confusion. Ceci dit, il importe de reconnaître qu'on peut rencontrer, chez le même sujet, plus ou moins étroitement associés, les deux processus d'artériosclérose cérébrale et d'involution sénile, soit que les phénomènes artériopathiques se surajoutent à la dégénérescence cellulaire, soit au contraire qu'à un syndrome primitif dû aux lésions vasculaires se superposent des troubles qui relèvent de la désintégration présénile. Tous les aliénistes et neurologistes connaissent ces associations et nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples.

Le problème étiologique et nosographique peut se compliquer encore. M. Marchand a montré que l'artériosclérose cérébrale peut se manifester au début par un syndrome purement mental, sans signes neurologiques, sans troubles circulatoires et cardio-rénaux. Rappelons à ce sujet l'observation de MM. Marchand et Demay (2) concernant une malade de 66 ans chez laquelle on observa pendant plusieurs années un syndrome complexe où

(1) BASTAI et DOGLIOTTI, *loc. cit.*, p. 215.

(2) L. MARCHAND et G. DEMAY, Psychose présénile et artériosclérose cérébrale à forme mentale. *Soc. médico-psychol.*, 18 nov. 1937.

s'associaient des troubles circulaires, des troubles confusionnels, de l'irritabilité, des idées délirantes de persécution et d'hypochondrie à caractère absurde, sans signes d'organicité ; ce n'est que tardivement qu'apparurent des crises d'épilepsie et de l'affaiblissement intellectuel. Les lésions étaient celles de l'athéromasie cérébrale et de la démence sénile associées. Les auteurs concluent que certains cas intitulés psychoses d'involution ou psychoses préséniles ne sont en réalité que des formes d'artériosclérose à prédominance mentale.

Ajoutons toutefois, avec M. Marchand, qu'il est exceptionnel que l'artériosclérose cérébrale ne se traduise cliniquement que par des troubles mentaux. Certes les aliénés artérioscléreux, en raison de leur état mental, ne présentent pas toujours les symptômes subjectifs de l'artériosclérose cérébrale. Mais on note bientôt les symptômes habituels de cette affection et, au surplus, les examens humoraux et radiologiques viennent préciser le diagnostic. Le tableau clinique finit par évoluer vers l'état démentiel.

Présénilité et ménopause.

L'expression « Psychose de la ménopause » se rencontre fréquemment dans la littérature psychiatrique. Comme il s'agit de troubles mentaux apparaissant au même âge que les troubles préséniles, et qu'on leur a consacré des descriptions analogues, on a été amené à employer indifféremment l'un ou l'autre terme : psychose de la ménopause ou psychose présénile. Pour Halberstadt cette question est définitivement réglée : « Il n'existe pas, écrit-il, de signes distinctifs sérieux entre ces deux ordres de faits. Sur ce point les auteurs contemporains sont tous d'accord et Runge déclare d'une façon catégorique qu'il faut leur consacrer une description commune ». Kleist, qui a décrit la « paranoïa d'involution » et dont les conceptions ont eu une grande influence sur les aliénistes de langue allemande, estime que cette psychose présente un rapport étroit avec la ménopause.

En réalité, ce problème nosographique n'est pas tellement simple. Les recherches histologiques, notamment celles de Rössle, ont montré que les modifications apportées par la ménopause à la structure de l'ovaire sont différentes des altérations de nature sénile. Il en est de même pour l'utérus.

Au point de vue clinique et biologique, le rôle de la ménopause dans la pathogénie des troubles psychiques a été diversement interprété. Il est classique d'admettre que la ménopause agit comme cause occasionnelle de troubles mentaux, chez les sujets prédisposés, et nous retrouvons cette formule dans le *Précis de Psychiatrie* le plus récemment réédité, celui de Lévy-Valensi (1939). Selon l'expression de Maranon, il s'agit d'états antérieurs réactivés, et ces psychoses n'ont dès lors aucune spécificité. De même, Zondek fait allusion aux accès dépressifs graves qui se manifestent à la ménopause quand il y a une prédisposition endogène à la mélancolie.

Mais autre chose est de considérer la ménopause comme susceptible de créer à elle seule des troubles psychiques. Régis, qui admet cette opinion, pense qu'il s'agit simplement de psychoses aiguës (mélancolie anxieuse ou confusion mentale) provoquées par l'auto-intoxication. Et il précise que la mélancolie d'involution et le délire de préjudice présénile « bien que pouvant survenir durant la période de la ménopause, appartiennent plus particulièrement aux phases prédéméntielles de la sénilité ».

D'autres auteurs, comme Gilmmann Moorhead, Gibbson (1) attribuent une grande importance à l'existence, à la ménopause, d'un foyer septique utérin dont la toxicité augmenterait pendant le processus d'involution de l'utérus : d'où l'apparition de troubles mentaux. Moorhead (2) cite l'observation d'une malade qui, à la ménopause, après une phase dépressive, présenta un délire d'auto-accusation et de persécution puis un état démentiel. L'utérus était gros et fibromateux. Cet état dura deux ans, avec des périodes fébriles. Après hystérectomie les troubles psychiques s'améliorèrent progressivement et au bout de cinq mois l'état mental était devenu normal.

Maranon (3) admet que l'on observe assez souvent, à l'âge critique, des psychoses qui, par leur fort accent émotif et sexuel, ont une certaine individualité clinique. Mais il ajoute que « leurs limites nosographiques strictes ne nous apparaissent que confusément. Leur rapport avec les démences artérioscléreuses et séniles est, en effet, si étroit que dans beaucoup de cas, l'évolu-

(1) *Brit. med. Journ.*, 1932.

(2) GILMANN MOORHEAD, Les troubles mentaux de la ménopause et la toxémie bactérienne. *The British Medical journal*, 21 mai 1932.

(3) MARANON, L'âge critique, chap. XV, p. 159. Paris, Alcan, 1934.

tion ultérieure peut seule les différencier... Nous avons vu des cas où, après une guérison plus ou moins durable, la maladie reparut d'une façon définitive et avec tous les caractères de la démence artérioscléreuse. D'autre part une psychose artérioscléreuse peut se greffer sur la perturbation neuro-hormonale de la crise et celle-ci étant passée, ne plus revenir si les conditions endogènes et exogènes sont favorables... Nous nous trouvons ici, en somme, dans la situation où nous nous sommes trouvés en interprétant d'autres phénomènes coïncidant avec l'âge critique, par exemple, l'hypertension artérielle. Est-ce un trouble fonctionnel spécifiquement climatérique ? Est-ce une phase préalable d'un état de sclérose vasculaire ? S'agit-il de deux états distincts qui se succèdent ? Le probable est que ces trois hypothèses renferment chacune une part de vérité suivant les cas ».

Le mot : « coïncidence » est lui aussi employé par Chaslin qui se montre très réservé sur l'étiologie des troubles psychiques observés à la ménopause. Il cite une observation de persécutée érotique avec hallucinations psychomotrices et, après avoir proposé l'étiquette balzacienne de « folie de la femme de quarante ans », il conclut de façon extrêmement mesurée : « il est possible que la suppression des règles soit pour quelque chose dans le développement de la folie ».

« Coïncidence » est également le terme employé par Lévy-Valensi pour caractériser les syndromes mentaux apparus au cours de la ménopause.

Deux auteurs américains, C. B. Farrar et Ruth Mac Lachlan Franks (1) se sont montrés beaucoup plus catégoriques. Pour eux, il n'y a pas de psychose propre à la ménopause. Aucune relation n'a pu être établie entre les troubles mentaux et les modifications glandulaires, vaso-motrices et métaboliques de l'âge critique.

Rapprochons de cette opinion celle de Cotte (2) qui, à propos non pas des troubles psychiques, mais de l'ensemble des troubles inhérents à la ménopause, s'exprime ainsi : « ... Personne n'admet plus aujourd'hui que l'âge critique soit à lui seul respon-

(1) C. B. FARRAR et R. MC. LACHLAN FRANKS, Ménopause et psychoses. *The Americ. Journ. of Psych.*, mai 1931.

(2) COTTE, Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. 2^e édition. Masson, Paris, 1931, p. 768.

sable de tous les méfaits qu'on lui attribue. En réalité, la plupart des troubles qui apparaissent à ce moment sont fonction de l'âge et des altérations pathologiques antérieures beaucoup plus que de la suppression de l'hémorragie menstruelle. »

Nous pensons, quant à nous, qu'il est en effet très difficile, sinon impossible — les troubles psychiques élémentaires mis à part — de prouver qu'il existe une relation de cause à effet entre les psychoses dites d'involution et la ménopause. Il est, au surplus, probable, bien qu'il n'ait pas précisé sa pensée sur ce point, qu'Halberstadt en faisant sienne la conception allemande de l'identité des psychoses de la ménopause et des psychoses préséniles, ait considéré la ménopause, non pas comme facteur étiologique du trouble mental, mais comme marque distinctive de l'involution, et pourrait-on dire, comme signal-symptôme. Ce qui nous le fait croire c'est que Kraepelin emploie, pour caractériser tous ces états, l'expression de « *Alterpsycho-sen* » (psychoses de la déchéance).

Ainsi quand on parle de « psychoses de la ménopause » de psychoses « climatiques » on entend simplement préciser la date d'apparition du trouble mental. Comme le dit Maranon, la psychose est climatique dans le sens chronologique, mais non dans le sens pathogénique. Dans ces conditions, il est préférable d'employer, comme l'a fait Hoven, l'expression « psychose à la ménopause » qui ne préjuge en rien de la pathogénie. Hoven estime que les cas de psychose à la ménopause sont très complexes et que leur classification est loin d'être élucidée.

Recherche de critères objectifs.

Ainsi, pour caractériser la période d'involution présénile, nous ne pouvons invoquer ni l'artériosclérose cérébrale, ni la ménopause. Cependant, en présence de troubles mentaux apparus tardivement, quand nous nous demandons s'ils dépendent d'un processus involutif, il nous serait très utile d'avoir à notre disposition un critère objectif de sénilité. Si notre malade, outre le syndrome psychopathique, présentait dans d'autres domaines des phénomènes relevant, sans conteste, de la sénilité, le diagnostic de psychose présénile trouverait dans ce fait, sinon une confirmation absolue, du moins un appoint non négligeable.

Biochimie du sang.

On a essayé de caractériser la sénilité en ayant recours à des tests biologiques, notamment à l'étude chimique du sang. On a étudié ainsi le taux du cholestérol, de l'urée, du chlore, du calcium, le métabolisme des glucides, la formule hématologique. Pierret, Breton et Christiaens (1) qui se sont livrés récemment à une étude critique très serrée des faits publiés, en les comparant à leurs propres recherches, ont montré que nous sommes en présence de notions contradictoires. Après avoir indiqué les difficultés techniques des différents dosages et examens et les causes d'erreur provenant des maladies qui peuvent masquer les faits liés à la seule vieillesse, ils concluent que l'étude chimique du sang ne permet, à aucun titre, d'établir une formule qui résume l'état de sénescence. Par contre, ils pensent que la sénescence du sang se manifeste par les phénomènes d'ordre immunologique.

Hypovitaminose C.

Mouriquand, Rohmer, Giroud, Raybaud et Poli en France, Gander, Niederberger, Marinesco à l'étranger, ont montré la fréquence des états d'hypovitaminose C chez le vieillard. La carence en vitamine C accélérerait le vieillissement des tissus et favoriserait la plupart des maladies des vieillards. Uzan (2) a soutenu que la diminution progressive du contenu de l'organisme en vitamines chez le vieillard s'accroît rapidement lorsque les conditions de vie et d'alimentation sont défectueuses mais aussi surtout quand le tractus digestif est lésé et lorsque le foie et les glandes endocrines sont altérés. Fabre (3) estime que dans la majeure partie des cas cette hypovitaminose est d'origine endogène, liée à des troubles de fixation de la vitamine par les tissus séniles.

(1) R. PIERRET, A. BRETON et L. CHRISTIAENS, Le sang du vieillard. *Pratique médicale française*, nov. 1938.

Recherches physico-chimiques et immunologiques sur le sang du vieillard. *Presse médicale*, 19 avril 1939.

(2) UZAN, Thèse de Paris, 1938.

(3) FABRE, Thèse de Nancy, 1938.

Mais d'autre part Demole, étudiant certaines asthénies scolaires observées principalement au printemps, les rattache, pour une part au moins, à une carence relative des centres nerveux en vitamine C. Bersot (1), comparant l'apport de vitamine C et son élimination chez l'individu normal et chez le mental, constate que la plupart des malades mentaux ont une réaction trop lente, insuffisante, parfois même nulle et qu'ainsi ils réagissent à l'acide ascorbique d'une manière analogue aux vieillards et aux artérioscléreux. Ces faits suffisent à montrer que l'hypovitaminose C peut apparaître à tout âge et ne peut être considérée comme un critère de sénilité.

Glandes endocrines.

Ce critère peut-il être trouvé dans l'examen des glandes endocrines ? Les troubles endocriniens se rencontrent assez fréquemment dans le senium præcox et la question de leur rôle étiologique s'est posée. Nous avons observé chez plusieurs de nos malades des troubles pigmentaires, et en particulier de la mélanodermie. Une autre, Déj... (obs. XIV) présentait une aplasie génitale très marquée : petitesse du vagin, utérus imperceptible, absence de poils pubiens et axillaires, absence de seins et de mamelons. Dans l'étiologie de la sénilité précoce on a incriminé la thyroïde, les surrénales, les glandes sexuelles. On retrouve l'influence de ces conceptions chez Kleist pour qui, au moment de la ménopause, les troubles de la sécrétion interne de l'ovaire et d'autres glandes produisent l'exagération de la constitution hypoparanoïaque, c'est-à-dire, comme nous le verrons plus loin, la paranoïa d'involution.

Actuellement, on considère qu'aucune glande endocrine en particulier n'est responsable du vieillissement pathologique. Zondek (2) pense que, dans certaines circonstances, le vieillissement peut être l'aboutissement des modifications régressives de plusieurs glandes endocrines dans le sens de l'insuffisance pluriglandulaire, mais il ajoute : « les caractères prédominants sont

(1) BERSOT, Recherches sur l'élimination de la vitamine C chez les malades mentaux. *Revue neurologique*, fév. 1936.

(2) ZONDEK, Les affections des glandes endocrines, trad. FILDERMAN, Maloine, 1938, p. 385.

les modifications prématurées dans le sens de la sénilité, alors que les autres signes d'insuffisance, entre autres dans les glandes sexuelles, sont moins marqués. La sénilité précoce ne peut être diagnostiquée que par l'investigation clinique ». Comme le disent Sainton, Simonnet et Brouha (1) il faut bien admettre avec Gley que la vieillesse est une fatalité, que la sénescence n'est pas le fait unique des organes génitaux et que l'insuffisance gonadique peut en être le résultat aussi bien que la cause. Bastai et Dogliotti (2) déclarent formellement qu'il est admis aujourd'hui que la majeure partie des glandes endocrines les plus importantes ne présentent pas, dans l'âge avancé, d'altérations notables liées à l'involution.

Circulation rétinienne.

Bien que les rapports entre la circulation cérébrale et la circulation rétinienne soient très discutés, tout au moins au point de vue pathologique, il était indiqué de rechercher si l'examen du fond d'œil ne donnerait pas de résultats intéressants dans les psychoses d'involution. C'est ce qu'ont fait récemment Bargues, Corcelle et Berthon (3). Si, chez les malades atteints d'artériosclérose cérébrale, ils ont trouvé des lésions du fond d'œil, par contre les déments séniles parenchymateux ne présentaient pas de lésions dans la majorité des cas observés (9 cas sur 13) les exceptions s'expliquant par l'état vasculaire général ou le grand âge.

Nous avons procédé nous-même, grâce à l'obligeant concours de M. le Dr Bégué, ophtalmologiste de l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à l'examen ophtalmoscopique d'un certain nombre de malades qui nous paraissaient justiciables du diagnostic de psychose présénile. Nos résultats sont analogues à ceux de M. Bargues et de ses collaborateurs : la grande majorité de nos malades ne présentaient pas de lésion du fond d'œil.

(1) SAINTON, SIMONNET et BROUHA, *Endocrinologie*. Paris, Masson, 1937, p. 743.

(2) *Loc. cit.*, p. 162.

(3) BARGUES, CORCELLE et BERTHON, Etude systématique de la circulation rétinienne chez un groupe de déments séniles ou préséniles. *Annales médico-psychol.*, avril 1938, p. 433.

Liquide céphalo-rachidien.

L'étude du liquide céphalo-rachidien, surtout au point de vue de la précipitation du benjoin colloïdal, a été entreprise d'une part par Paul Abély, J. Royer et Ch. Durand (1), d'autre part par Courtois et Beley (2), dans les états délirants chroniques qui, selon ceux-ci, apparaissent chez la femme après 40 ans dans 70 % des cas. Les résultats obtenus par ces auteurs ne sont pas absolument concordants ; les premiers ont observé l'extension de la courbe de précipitation du benjoin dans la zone méningitique dans plus d'un tiers des cas (23 sur 60) ; les seconds, s'ils trouvent chez les hommes une proportion assez élevée de cas positifs (18 sur 88 soit 20 %) n'ont rencontré chez les femmes l'extension à droite de la courbe de précipitation que 4 fois seulement sur 88 cas, soit 4,5 % seulement d'anomalies. D'autre part il existe parfois une hyperalbuminose modérée (de 0 gr. 30 à 0 gr. 60) mais il n'y a aucun parallélisme entre les deux réactions.

Nous avons, de notre côté, examiné le liquide céphalo-rachidien de 25 femmes âgées de plus de 40 ans et présentant un syndrome délirant chronique. Dans quatre cas nous avons trouvé une extension de la précipitation du benjoin dans la zone méningitique notamment :

chez Go ... (Obs. II) 00000.02222.20000

chez Bel... (Obs. XI) 00000.22222.21100

chez Biz... (Obs. X) 00000.22222.22100

De tels faits sont d'un grand intérêt puisqu'ils semblent indiquer chez les malades en cause, l'existence d'une réaction méningée latente, non perceptible à l'examen clinique, et par suite l'intervention d'un facteur organique. Mais c'est la seule conclusion qui soit permise. La réaction du benjoin n'étant pas spécifique, ne donne par elle-même aucune indication sur la nature de ce facteur organique. S'agit-il de syphilis comme le veut Dublineau,

(1) PAUL ABÉLY, J. ROYER et CH. DURAND, La précipitation de type méningitique du benjoin colloïdal rencontrée dans certains cas de psychose hallucinatoire chronique: *Soc. médico-psychol.*, 25 février 1935.

(2) COURTOIS et BELEY, le liquide céphalo-rachidien, témoin de maladies cérébrales qui conditionnent certains délires chroniques. *Soc. médico-psych.*, 24 juin 1935.

d'artériosclérose cérébrale comme le soutient Marchand, d'alcoolisme chronique comme l'a indiqué Courtois ? Nous ne pouvons l'affirmer sur le vu de la courbe du benjoin et il est nécessaire de rechercher d'autres symptômes. En tout cas, et quel que soit par ailleurs l'intérêt de la réaction du benjoin, elle ne peut nous être d'aucun secours pour préciser le diagnostic d'involution sénile.

Tests psychologiques.

Dans l'ordre psychologique, on pourrait être tenté de s'adresser à la méthode des tests, comme l'a fait jadis Puillet dans les états démentiels : un abaissement du niveau intellectuel indiquerait la présénilité. Mais un faible niveau intellectuel peut aussi bien traduire un déficit congénital. Pour éviter cette cause d'erreur, le résultat de l'examen pratiqué à la période involutive devrait être comparé à un examen antérieur, ce qui est en pratique peu réalisable. Aussi bien, dès qu'il s'agit de délirants, l'interprétation des tests devient particulièrement délicate, et donne lieu à des divergences d'appréciation. C'est ainsi que pour de Greef (1) il y a un rapport entre le déficit mental et les modalités du délire et des hallucinations ; avant d'aboutir à la démence terminale les délirants chroniques hallucinés traverseraient un état de démence relative (si ce fait était exact le déficit intellectuel existerait aussi bien dans les délires hallucinatoires chroniques de l'adulte que dans les délires d'involution). Par contre, M^{me} Sosset (2) utilisant la méthode psychographique de Rossolimo, modifiée par Vermeyleylen, conclut à l'absence de corrélation entre le niveau intellectuel et le contenu des thèmes délirants.

Rappelons, à ce propos, l'opinion de Régis : « le jugement, l'initiative, la sensibilité morale ne peuvent s'apprécier que par l'observation du sujet aux prises avec les devoirs, les difficultés, les efforts de la vie sociale. »

(1) DE GREEF, La psychogenèse des délires. *Journal belge de neurol. et de psych.*, juin et juillet 1931.

(2) M. SOSSET, Les croyances délirantes et le niveau intellectuel. *Journal de Psychol.*, 1935, nos 7-8, p. 602.

* * *

Ainsi, en présence d'un état délirant survenu tardivement, quand se pose le problème de ses rapports avec l'involution sénile, nous ne pouvons compter, pour le résoudre, sur les données de la pathologie générale, sur les investigations biologiques ou les recherches de laboratoire.

Certes, ces méthodes ne doivent pas être négligées, bien au contraire ; elles demeurent des plus utiles pour préciser la déficience de telle ou telle fonction qui, comme nous le verrons, peut intervenir dans l'étiologie du syndrome psychopathique. Mais c'est en définitive à l'observation clinique que nous devons demander s'il y a des raisons suffisantes pour rattacher ce syndrome à un processus involutif. Voyons donc maintenant quelles sont, à ce sujet, les données de la clinique.

DEUXIÈME PARTIE

LES FAITS CLINIQUES

Comme nous aurons l'occasion de le souligner plus loin, les psychoses délirantes qui surviennent à la période d'involution présénile se prêtent difficilement à une classification en raison de leur polymorphisme, de l'enchevêtrement fréquent des symptômes, de l'existence de formes de transition. Il est significatif de constater, à ce propos, que le même état psychopathique est, selon les auteurs, rangé dans des cadres différents. C'est pourquoi tout essai de classement de ces états délirants préséniles ne peut être que très schématique. C'est avec cette réserve que nous décrirons — faute de trouver une meilleure terminologie — des psychoses délirantes d'involution à forme paranoïaque, paranoïde et paraphrénique. A côté de ces états chroniques se rencontrent des psychoses à pronostic plus favorable : les unes aboutissant à la guérison, les autres cessant d'évoluer et le délire restant cantonné dans le passé.

A. — PSYCHOSES PARANOIAQUES

1^o *Délire de préjudice et formes voisines,*

Les premiers auteurs, qui ont décrit les psychoses de la vieillesse Wille (1), Fürstner (2), Régis (3), Séglas (4), Pécharman (5),

(1) WILLE, Die psychosen des Greisenalters. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1873.

(2) FÜRSTNER, Ueber die Geistesstörungen des Seniums. *Archiv für Psychiatrie*, 1889, p. 20.

(3) RÉGIS, Note sur quelques cas de folie héréditaire chez les gens âgés. *Annales médico-psychologiques*, 1887, p. 210.

(4) SÉGLAS, Les Psychoses séniles et tardives. *Progrès médical*, 1888.

(5) PÉCHARMAN, Essai sur les psychoses de la vieillesse. *Thèse Paris*, 1895.

Ritti (1), ont noté que les vieillards qui présentent des idées de persécution se croient volés, trahis, empoisonnés par leur entourage. Mabilie (2) au Congrès de Bordeaux en 1895, soulignant ce caractère particulier, emploie cette formule pittoresque : « on les vole, on les viole ». Mais c'est Kraepelin (3) qui, en se basant sur l'étude de douze cas suivis pendant dix ans, a tenté d'isoler une forme spéciale de psychose d'involution qu'il a appelée « le délire de préjudice présénile ». En France, M^{lle} Pascal et Courbon (4) ont exposé la conception de l'auteur allemand, que nous allons résumer.

Cette affection apparaît chez la femme au moment de la ménopause et sur un terrain taré héréditairement. Au début on observe, comme dans le délire de persécution classique, des modifications du caractère et du comportement qui se développent peu à peu ; le malade devient triste, inquiet, critique son entourage, se plaint sans motif. Sur ce fond de méfiance et d'irritabilité naissent les idées de préjudice qui ont été classées en trois groupes, selon qu'elles se rapportent à la santé, la propriété, l'honneur conjugal ; nous y joindrons celles qui concernent la réputation en général.

Pour Kraepelin ce sont les doléances relatives à l'état de santé, les idées hypocondriaques, qui apparaissent les premières. Le malade éprouve des malaises divers plus ou moins précis ; il incrimine la mauvaise qualité des aliments, leur préparation, leur assaisonnement, met en cause les fournisseurs, les domestiques. Il en arrive à parler d'empoisonnement. Kraepelin insiste sur le caractère absurde des troubles invoqués, qu'il rapproche de ceux des hystériques : dessèchement du cerveau, dislocation du squelette, transformation des organes, etc.

Les idées de préjudice les plus caractéristiques portent sur la propriété. Le malade rentrant chez lui constate que les meubles ont été déplacés, les serrures forcées, les tiroirs ouverts. Il remarque des traces de pas, des empreintes de doigts, des taches

(1) RITTI, Les psychoses de la vieillesse. *Rapport au Congrès de Bordeaux* 1895.

(2) MABILIE, La folie chez les vieillards. *Congrès de Bordeaux*, 1895.

(3) KRAEPELIN, Psychiatrie 7^e édition, 1904.

(4) M^{lle} PASCAL et COURBON, Les délires de préjudice préséniles. *Encéphale*, 1906.

suspectes. Il lui manque du linge, de l'argent : la vaisselle a été cassée, d'autres objets détériorés ou déplacés.

Le dommage allégué peut viser la réputation : bruits malveillants, accusations fausses, allusions dans les journaux, lettres anonymes, calomnies rapportées aux amis, aux fournisseurs.

Le thème de l'infortune conjuguale figure également parmi les plaintes de ces malades et même il passe parfois au premier plan. Le mari est accusé de poursuivre de ses assiduités les amies de sa femme, les servantes, les voisines, voire même ses filles, belles-filles, nièces. S'il s'absente, c'est qu'il va retrouver ses maîtresses. Sa conversation, sa correspondance, ses gestes sont autant d'allusions galantes.

De la description de Kraepelin il faut retenir :

la prédisposition héréditaire ;

l'importance des interprétations délirantes et des illusions, contrastant avec l'absence ou la rareté des hallucinations ;

le caractère mobile, variable, sans consistance des idées délirantes qui apparaissent souvent comme des craintes, des suppositions plutôt que comme l'expression d'une conviction véritable ;

les particularités du fond mental : faiblesse du jugement, troubles de l'humeur, sentiment d'insécurité, frayeurs morbides, irritabilité.

Enfin, malgré la durée de la maladie, elle n'aboutit jamais à la démence. Kraepelin considère ce point comme essentiel. Il y est revenu en 1912 et c'est ce qui lui permet de considérer le délire de préjudice comme une affection autonome, particulière à la présénilité.

M^{lle} Pascal et Courbon ont insisté sur les particularités psychologiques du délire de ces malades qui, pour eux, présente deux caractères principaux :

1^o Affaiblissement du jugement, se manifestant par la puérité des idées délirantes, leur mobilité, leur incohérence, la facilité avec laquelle les malades les acceptent sans contrôle, la contradiction entre le délire et l'attitude.

2^o Exaspération de l'irritabilité affective. Au début abattement et anxiété. Puis excitation intellectuelle avec inégalité d'humeur : les malades entrent dans des rages violentes, mais se laissent facilement apaiser, rient et pleurent sans motif.

Pour les deux auteurs français, ces malades sont affaiblis intellectuellement. Ils présentent la faiblesse de l'attention, le ralentissement de l'association des idées, la perception incomplète du monde extérieur, la perte du jugement, l'amnésie de fixation, symptômes qui indiquent la ruine intellectuelle commençante. C'est pourquoi, contrairement à Kraepelin, M^{lle} Pascal et Courbon considèrent le délire de préjudice non comme une entité morbide spéciale, mais comme une forme atténuée et prématurée de la démence sénile. Dans sa récente étude sur la pathologie mentale de la vieillesse, Courbon cite le délire de préjudice comme une des formes des troubles involutifs séniles, les autres formes étant la démence sénile, la presbyophrénie, la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick.

* * *

Certes les idées de préjudice se rencontrent fréquemment dans les états délirants, notamment chez les séniles et préséniles ; c'est là un fait bien connu et qui se retrouve chez la plupart des malades dont nous rapportons les observations. Par contre, dans un important service d'asile où le mouvement des entrées est très actif et où un grand nombre de malades a dépassé la quarantaine, nous n'avons pas trouvé un cas qui réponde à la description de Kraepelin. C'est là une constatation conforme à celle de Kleist qui déclare n'avoir jamais observé de délire de préjudice, et qui considère cette forme clinique comme excessivement rare ; telle est également l'opinion d'Halberstadt. Notons que dans leur étude précitée, M^{lle} Pascal et Courbon se réfèrent uniquement à Kraepelin et ne citent aucun cas personnel.

Nous n'avons retrouvé dans la littérature psychiatrique française qu'une seule observation de délire de préjudice présénile, type Kraepelin, relatée par Boudon et Genil-Perrin (1). Elle concerne une femme de 42 ans, chez laquelle on relève des antécédents familiaux tarés et comme cause occasionnelle accessoire un choc émotif. Début insidieux : méfiance, modification de l'humeur. Puis apparition d'idées de préjudice relatives à la propriété. Interprétations. Idées délirantes mobiles et incohérentes. Absence de logique, faiblesse de l'attention, lenteur de l'idéation.

(1) BOUDON et GENIL-PERRIN, Un cas de délire de préjudice présénile. *Encéphale*, 1912, II, p. 84.

Amnésie de fixation qui, selon les auteurs, explique les troubles délirants. Cette symptomatologie est, en effet, comparable à celle de Kraepelin.

Sous ce titre : Délire de préjudice à thème diffus et avec optimisme, de Clérambault (1) a publié l'observation d'une malade de 56 ans dont le délire avait débuté à la ménopause, une dizaine d'années auparavant. Pendant les quatre dernières années, délire interprétatif d'ailleurs peu intense. Au moment de l'internement les interprétations sont encore plus restreintes et limitées au domaine du préjudice ; il existe un processus imaginatif avec optimisme, croyance à une protection occulte et à la compensation du préjudice. La malade est restée amène ; elle ne présente aucun signe de sénescence prématurée. De Clérambault marque la différence entre ces caractères et ceux qui s'observent très fréquemment chez les vieillards qui présentent du délire de préjudice à thème diffus : chez eux l'humeur est profondément modifiée dans le sens de l'acrimonie ; ils se plaignent de persécutions autres que le vol ; ils ne manifestent aucun optimisme sinon par démence avancée. Dans le cas particulier, l'analyse des troubles fait présager une évolution polymorphe et l'auteur se demande si les idées de préjudice ne sont chez sa malade qu'un épisode au cours d'un plus vaste délire. Il conclut de façon dubitative que « peut-être » ce délire peut être considéré comme présénile. De Clérambault ne fait aucune allusion à Kraepelin. Son observation, malgré quelques traits communs, présente d'ailleurs des différences notables avec les cas décrits par l'aliéniste allemand.

Quant à l'observation de Séglas et Stroehlin (2) qui concerne un malade de 47 ans dont le délire de préjudice fit place au bout d'un an à un état rappelant la démence catatonique, elle serait évidemment désavouée par Kraepelin en raison de cette évolution démentielle.

Pour un certain nombre d'auteurs, Seelert, Stern, Barret, ce serait surtout dans l'artériosclérose cérébrale que l'on observerait l'apparition des idées de préjudice ; Barret cite un cas où

(1) *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, mars 1921, p. 92.

(2) SÉGLAS et STROEHLIN, *Involution présénile. Délire raisonnant de dépossession. Homicide. Réticences, négativisme, mutisme et refus d'aliments, stéréotypies, affaiblissement intellectuel. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1908, p. 249.

les troubles artérioscléreux et les idées de préjudice suivent une marche parallèle.

Albrecht considère le délire de préjudice comme une simple phase de la paraphrénie d'involution, dont nous parlerons plus loin, donc comme un état transitoire.

Bleuler et Mayer-Gross font rentrer le délire de préjudice dans le cadre de la schizophrénie. Il s'agirait pour Bleuler de schizophrénies rendues apparentes par suite de l'atrophie cérébrale sénile.

Halberstadt, qui rapporte ces diverses opinions, conclut que la situation nosographique du délire de préjudice présénile n'est pas élucidée de façon définitive. Nous retiendrons surtout, pour notre part, l'extrême rareté du syndrome isolé par Kraepelin, ce qui ne lui donne, en pratique psychiatrique, qu'une importance réduite.

Délire involutif de jalousie.

Nous avons vu que pour Kraepelin les idées de jalousie constituent un groupe spécial d'idées de préjudice, celles qui ont trait à l'honneur conjugal. V. Parant mentionne à la période de l'involution deux catégories de délires de jalousie : un délire systématisé apparaissant à la ménopause ; un délire de jalousie s'accompagnant d'idées hypocondriaques, d'idées d'indignité, de persécution, le tout sans systématisation. Pour M^{lle} Pascal et Courbon les malades du deuxième groupe de Parant sont analogues à ceux de Kraepelin. Mais Parant pense qu'il s'agit d'une manifestation initiale de la démence sénile, alors que Kraepelin déclare que le délire de préjudice n'aboutit jamais complètement à cet état.

Dide et Guiraud (1) font du délire de jalousie une variété spéciale des délires involutifs et le classent non dans les délires de préjudice, mais à côté de ceux-ci. Ils pensent que cet état morbide, à base d'interprétations, ne se développe pas sur un terrain prédisposé ; les malades ne présentent pas de tendance jalouse constitutionnelle.

Ce délire serait le résultat de la déchéance organo-psychique. Dide et Guiraud pour qui le délire de préjudice constitue dans la

(1) DIDE et GUIRAUD, Psychiatrie du médecin praticien, 2^e éd. Paris, Masson, 1929, p. 287.

majorité des cas, le début de la démence sénile, expriment la même opinion sur le délire involutif de jalousie.

Psychose de récrimination.

Les mêmes auteurs rangent parmi les délires involutifs une « psychose de récrimination » qu'ils distinguent à la fois du délire de préjudice et du délire de revendication. Les malades émettent des critiques sur tous les sujets, aussi bien oralement que par écrit, se posent en réformateurs, saisissent les pouvoirs publics de leurs plaintes, écrivent aux journaux. Une fois internés ils conservent la même attitude ; leurs critiques ont pour thème le service médical, le régime alimentaire, l'absence d'hygiène, l'incapacité, la mauvaise volonté du personnel. Cet état persiste longtemps sans affaiblissement intellectuel. Le diagnostic avec le délire de préjudice se fait par l'absence d'idées de persécution physique (empoisonnement), par une vraisemblance beaucoup plus grande et surtout par le manque d'interprétations délirantes nettes ; le patient ne tire pas de conclusions inexactes des faits observés, il ne fait qu'exagérer leur importance. Comme caractères distinctifs avec le délire de revendication, Dide et Guiraud donnent : le début tardif, la prédisposition beaucoup moins apparente, l'absence de thème de revendication unique, ou au moins prédominant, à développement progressif.

Nous n'avons pas personnellement observé de malades présentant cette seule symptomatologie. Certes, les récriminateurs ne sont pas rares dans les hôpitaux psychiatriques, mais ils se rencontrent à tous les âges de l'existence, et ils manifestent en outre d'autres troubles mentaux, notamment des idées de persécution. La malade la plus typique que nous connaissions à ce point de vue et qui se comporte exactement comme les sujets décrits par Dide et Guiraud, est atteinte par ailleurs d'un délire de revendication particulièrement net, et qui continue à évoluer de façon classique.

Voici, résumée, l'observation d'une autre malade qui a conservé à l'hôpital psychiatrique l'attitude d'une récriminatrice, mais après avoir présenté antérieurement des idées délirantes de préjudice et de persécution.

OBSERVATION I. — C... Yvonne, 66 ans, entre à Maison-Blanche le 31 juillet 1936. Cuisinière, elle est sans travail depuis deux ans. Elle a toujours eu un caractère fantasque, entêté, mais pas de troubles psychiques, ni d'antécédents héréditaires.

Depuis cinq à six mois idées de persécution et de préjudice : le propriétaire lui a pris dans son armoire des quittances de loyer et les a truquées en changeant le prix qu'elle a versé. On lui a volé en outre 4.000 francs. Illusions et hallucinations ; murmures, réflexions, projection d'une poudre qui lui pique les yeux, la fait tousser, donne un mauvais goût aux aliments. A Maison-Blanche, fausses reconnaissances ; n'exprime pas d'idées de persécution en ce qui concerne le présent, mais conserve ses convictions délirantes antérieures. Tout ce qu'elle a dit était vrai. Attitude souvent euphorique. Manifeste des troubles du caractère, récrimine contre la nourriture, le linge, a fréquemment des discussions avec les autres malades, le personnel ; les aliments sont infects, les légumes pas cuits, ce sont des rebuts de magasins (en réalité elle a un régime spécial qu'elle prend sans difficultés).

Ironise fréquemment quand on l'interroge. Hypertension artérielle, 19-40 puis 17-9.

A l'entrée, hyperazotémie, 0 gr. 70 p. 1.000, le chiffre de l'urée devenant ensuite normal.

Réactions humorales négatives (sang et L.C.-R.)

Transférée le 27 septembre 1938.

Folie présénile à ectoparasites.

Sous cette dénomination, M. K. A. Ekbohm (1) a publié sept observations de malades, ordinairement des femmes, âgées de 50 à 60 ans, qui se plaignent de démangeaisons et de paresthésies, qu'elles attribuent à la présence de parasites cutanés. L'évolution est chronique, sans aboutir à la démence et comporte parfois des rémissions. Dans la pathogénie interviendraient deux facteurs : les paresthésies préséniles et leur interprétation erronée. Ces deux facteurs auraient sans doute pour cause le vieillissement et les altérations régressives concomitantes du cerveau et du système endocrinien ; mais peut-être d'autres conditions étiologiques seraient-elles nécessaires.

(1) K. A. ЕКБОМ, Der prasenile Dermatozoen. Wahn. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, vol. XIII, fasc. 3, 1938, p. 227 ; *Anal. in Rev. Neurol.*, juin 1939, n° 6.

Pour M. Ekbom, il s'agit là d'un syndrome particulier, difficile à faire entrer dans les cadres habituels, et qu'il considère comme une variété de psychose présénile.

2^e *Paranoïa d'involution.*

Dans son rapport au Congrès de Bordeaux de 1895, Ritti fait figurer parmi les psychoses de la vieillesse une forme spéciale de délire systématisé. Ce délire présente les caractères suivants : il suit une marche plus rapide que chez l'adulte, il brûle en quelque sorte les étapes, parcourant les diverses phases de la maladie dans un temps relativement court, et arrivant assez vite à la période mégalomaniacale, alors que l'adulte met des années à passer d'une période à l'autre. En outre, les persécutés séniles ont plus d'hallucinations de la vue que d'hallucinations de l'ouïe, fait signalé par Lasègue (1) qui disait : « Ils ne parlent pas d'eux-mêmes, mais de ce qui se passe autour d'eux. » Ils présentent des troubles du sens génital, de l'érotisme. Enfin, on ne constate pas chez ces malades la déchéance intellectuelle qui caractérise les déments séniles.

L'opinion de Ritti est celle de la plupart des auteurs de cette période. On ne croit pas à l'existence d'une psychose délirante sénile ou présénile nettement individualisée, ayant sa symptomatologie propre, mais on admet que le délire systématisé lorsqu'il survient à l'époque de l'involution, présente, de ce fait, quelques traits particuliers : évolution rapide, tendances sexuelles hallucinations visuelles.

Il faut arriver à Kleist pour qu'apparaisse la notion d'un délire systématisé autonome de la présénilité.

C'est au Congrès allemand de Psychiatrie de 1912 que Kleist a décrit, sous le nom de *Paranoïa d'involution*, une psychose présentant des caractères spéciaux qui permettent de la différencier aussi bien du délire de préjugé de Kraepelin que de la démence sénile et de l'artériosclérose cérébrale. La description de Kleist a été reprise en France, l'année suivante, par Puillet et Morel, au Congrès du Puy. En voici les points essentiels :

Les malades présenteraient une constitution psychique spéciale, la constitution hypoparanoïaque ; susceptibilité, méfiance,

(1) LASÈGUE, *Soc. méd.-psych.*, 13 décembre 1880 (*Annales médico-psychologiques*, 1881, t. V, p. 276).

entêtement, caractère autoritaire, jaloux, irritable, orgueilleux. A l'époque de l'involution, sous l'influence probable de troubles des sécrétions internes, notamment de la suppression de la fonction ovarienne, il se produirait une exagération de cet état anormal. Il n'y a pas de contraste violent entre la psychose et la personnalité antérieure. Les idées délirantes consistent surtout en idées de persécution, de préjudice et de grandeur qui conservent ordinairement un caractère de vraisemblance et restent pauvres, sans extension : le thème sexuel est fréquent : érotisme, projets de mariage, idées de jalousie. Une malade de Kleist d'abord jalouse d'une seule compagne, finit par dire que toutes les femmes de son entourage ont eu des relations avec son mari. Une autre atteinte d'emphysème croit qu'on lui envoie des vapeurs suffocantes pour l'empêcher de respirer. Une troisième exerce un pouvoir magnétique sur les animaux et peut guérir toutes les maladies.

On constate surtout des interprétations, des fausses réminiscences, des troubles de l'identification, rarement de la confabulation vraie ; les fausses réminiscences s'observent surtout chez les malades ayant des idées de grandeur ; elles sont systématisées, en rapport avec les idées délirantes, contrairement à ce qui se passe dans la presbyophrénie.

Les troubles des perceptions ont, selon Kleist, une grande influence sur les idées délirantes ; les illusions existent chez tous les malades ; les hallucinations vraies sont moins fréquentes et ne s'observent guère que dans la moitié des cas. Il s'agit surtout d'illusions visuelles, cénesthésiques et auditives ; les hallucinations génitales sont très rares, à l'inverse de ce que l'on voit dans la démence paranoïde. Le contenu des troubles perceptifs répond aux pensées intimes du malade ; les hallucinations contribuent à la formation du délire et sont irréductibles. Chez aucune des malades observées par Kleist, il n'existait d'idées d'influence, ce qui pour l'auteur allemand les différencie des déments paranoïdes.

Les troubles intellectuels seraient très importants : affaiblissement de l'initiative, diminution des associations, oubli des détails, réponses insuffisantes, répétitions, persévération ; les malades exposent sans cesse les mêmes doléances. Ils s'expriment avec prolixité, si bien que l'on croit parfois à la fuite des idées, mais celle-ci est différente de celle des maniaques ; elle ne porte

que sur les idées délirantes. Il s'agit plutôt d'un verbiage qui rappelle celui des épileptiques et de nombreux séniles.

Ainsi s'explique l'uniformité des idées délirantes. Les troubles intellectuels présentent, bien entendu, divers degrés et combinaisons variables. Certains malades ont un délire plus riche et une fuite des idées plus marquée.

Il n'y a ni troubles du langage, ni néologismes, ni phénomènes catatoniques. Il n'y a pas non plus une discordance entre l'activité d'une part, l'intelligence et l'état affectif d'autre part.

La symptomatologie se complète par des troubles de l'humeur. C'est tantôt un état d'excitation submaniaque, tantôt une sorte d'état mixte composé d'éléments dépressifs et d'éléments hyperthymiques, ayant comme conséquence des périodes d'anxiété, des mouvements de colère, une attitude hostile, agressive et méfiante.

Certes, tout délirant peut présenter une modification morbide de l'humeur, mais une modification réactionnelle résultant de ses troubles délirants. Il s'agit ici de tout autre chose : en dehors de ces états réactionnels, on observe des modifications endogènes de l'humeur, c'est-à-dire primitives et indépendantes du délire et des hallucinations (1).

Le délire se constituerait beaucoup plus rapidement que dans les psychoses systématisées chroniques. Le début se fait à l'époque de l'involution sexuelle. L'évolution est progressive, procède par poussées aiguës ; des rémissions passagères peuvent s'observer. A part ces menus incidents la psychose reste stationnaire. A la période terminale on constate un affaiblissement intellectuel plus ou moins caractérisé, mais jamais un état comparable à la démence sénile ou à la démence artérioscléreuse. Chez trois malades de Kleist les signes de démence sont apparus tardivement, alors que la maladie durait depuis 20 ans, 12 ans, 9 ans. Dans trois autres cas il n'y avait pas de signe de démence, malgré une évolution se prolongeant depuis 37 ans, 18 ans, 16 ans. Kleist fait observer que la démence sénile ou artérioscléreuse débute parfois par un état paranoïaque ; le délire est, en pareil cas, plus pauvre, plus mobile et, au premier plan, se présentent des troubles de l'orientation, de la mémoire, de l'attention ;

(1) HALBERSTADT, La psychose délirante présénile. *Encéphale*, 1923, p. 374.

jamais on ne voit s'écouler dix ans et plus sans les voir apparaître.

La paranoïa d'involution doit, en outre, être distinguée du délire de préjudice présénile. Dans les deux cas existent bien un état de méfiance et des idées délirantes assez voisines, mais elles sont plus fugaces, plus mobiles, sans systématisation. Au surplus, Kleist n'a jamais observé de délire de préjudice tandis qu'il a pu réunir 10 cas de paranoïa d'involution.

Bien qu'il n'ait observé aucune amélioration chez ses malades, Kleist envisage pourtant la possibilité d'une guérison dans quelques cas particuliers.

* * *

La conception de Kleist a suscité de nombreuses controverses. Elle a surtout été critiquée au point de vue nosographique. C'est ainsi que Specht range la paranoïa d'involution dans les états mixtes de la psychose maniaque dépressive. Lange admet cette opinion dans certains cas. Pour Albrecht, Serko, il s'agit non pas de paranoïa, mais de paraphrénie.

Cependant Giralowsky, Runge, Halberstadt, tout en exprimant certaines réserves, se rapprochent de la formule de Kleist. Ils maintiennent l'existence d'une psychose délirante présénile, distincte à la fois du délire de préjudice, de la paranoïa et de la paraphrénie. Giralowsky (1) se base sur la constitution psychique particulière, l'absence de systématisation, la vraisemblance du délire, sa limitation à l'entourage. Runge (2) invoque la présence d'hallucinations, dont le rôle reste malgré tout secondaire, et les troubles intellectuels particuliers : excitation psychique, persévération, improductivité, manque d'initiative.

Quant à Halberstadt (3), il se prononce pour l'individualisation de la forme de Kleist qui a servi à échafauder toute la doctrine des psychoses délirantes préséniles, et qui peut être prise comme point de départ pour l'étude des variétés cliniques. Mais il estime que le type pur est assez rare. Nous partageons cette opinion qui traduit un fait d'observation courante en matière de délires préséniles, où les cas ne sont pour ainsi dire jamais super-

(1) GIRALOWSKY, *Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie*, 1926.

(2) RUNGE, in *Traité de BUMKE*, vol. VIII.

(3) HALBERSTADT, Les psychoses préséniles. *Encéphale*, 1934, II, p. 630.

posables, où la symptomatologie, très polymorphe, varie d'un malade à l'autre ; nous aurons plusieurs fois l'occasion de revenir sur ce point très important. Cependant, nous pensons que les deux observations qui suivent peuvent être rapprochées de la paranoïa d'involution en raison de l'association au délire de troubles de l'humeur, du caractère particulier de l'excitation intellectuelle, du peu d'extension des idées délirantes.

OBSERVATION II. — Go... Emilie, V^e Cor..., entre à Maison Blanche le 9 octobre 1936 à l'âge de 58 ans.

Aucun renseignement sur les antécédents.

A l'entrée, agitation psychomotrice continue associée à un délire hallucinatoire. Parle sans arrêt, de façon animée, en gesticulant, coups sur la table, poings tendus. Les propos sont cependant assez cohérents et ont trait d'une part aux persécutions qu'elle a subies ainsi que sa famille, d'autre part à ses protestations d'intégrité mentale. Bonne orientation. Interprétations, hallucinations auditives, éléments oniriques. On la suivait dans la rue depuis deux ou trois mois. On a voulu la faire asseoir sur la chaise électrique. On a tué tous ses parents, assommé son fils ; elle entendait celui-ci l'appeler. Il y a eu substitution d'état civil, détournement de succession.

L'examen systématique est impossible en raison de l'agitation. Etat subfébrile, tachycardie, ecchymoses multiples. Dans les urines, traces d'albumine, d'acétone, de sels biliaires ; présence d'urobiline. Azotémie 0 gr. 35 p. 1.000 ; T. A. 16-8,5 ; Réactions spécifiques négatives dans le sang et le L. C.-R., sauf une précipitation du benjoin dans le 11^e tube.

Sous l'influence du traitement, on assiste à la sédation rapide de cet état aigu. L'agitation motrice et l'anxiété disparaissent, mais l'excitation intellectuelle persiste ainsi que les idées délirantes. Dès lors l'état mental se stabilise et peut se caractériser ainsi. D'une part : idées de persécution et de préjudice, avec interprétations délirantes, illusions et hallucinations auditives. On s'est emparé de la maison de ses parents ; il y a eu un truquage dans le règlement de la succession. A l'Infirmierie Spéciale elle a entendu la voix de son fils, et ensuite un bruit ; depuis elle ne l'a plus revu. A l'hôpital tout le monde parle de sa famille et des gens qu'elle a connus autrefois. On l'insulte, on l'a accusée de faire le trottoir, on cligne de l'œil en la regardant. Si elle a un frisson en pensant à une personne de sa famille elle voit toutes les autres malades frissonner. Les étoiles grossissent quand elle les regarde, les ampoules électriques aussi.

D'autre part, excitation intellectuelle, euphorie prédominante avec

variations de l'humeur, accès d'irritabilité ; mimique et gesticulation expressives, déclamations, monologues. Pas de fuite d'idées, mais digressions fréquentes, rappels de souvenirs anciens. Aucune extension du délire ; revient sans cesse sur les mêmes faits.

OBSERVATION III. — Ch... Marie-Louise, ancienne institutrice libre, 53 ans.

Entre à Maison-Blanche le 11 avril 1936.

Sans travail depuis janvier 1935. Difficultés matérielles, privations, soucis. Peu après, idées de persécution et de préjudice ; elle est l'objet de la jalousie de ses collègues ; en son absence on vient fouiller dans ses papiers. Elle est poursuivie partout. On lui a fait absorber une poudre blanche, et elle a éprouvé ensuite un malaise général. Hallucinations auditives, psychomotrices, cénesthésiques ; bruits suspects dans un poste de T. S. F.. menaces ; on la fait cligner des yeux, on l'empêche d'écrire ; elle ressent des chocs électriques. Idées d'influence ; on agit sur elle par hypnose. Tout ceci doit avoir un rapport avec un voisin, un prêtre qu'elle a traité d'espion. Excitation intellectuelle, digressions nombreuses, idées de satisfaction ; mémoire et orientation satisfaisantes.

T. A. 19 1/2-8. Azotémie, 0 gr. 28 pour 1.000. Sang et L. C.-R. normaux.

A l'hôpital phase d'excitation, mais atténuation des idées délirantes. Un essai de sortie est fait le 21 février 1937 à la demande d'une parente. La malade est de nouveau internée le 13 juillet 1937. Elle présente le même syndrome hallucinatoire avec idées d'influence. Au début quelques réactions dépressives : s'accuse d'un vol qu'elle aurait commis au Louvre. Puis excitation, exigences, récriminations, disputes fréquentes avec ses compagnes, alternant avec des périodes de calme. Persistance des idées délirantes. A l'arrivée, forte hypertension artérielle 26-12 avec signes subjectifs : mouches volantes, fourmillements. Sous l'influence du traitement, la tension passe à 21,5-8 puis à 17-8.

Traces d'albumine. Azotémie normale.

B. — PSYCHOSES PARANOÏDES ET PARAPHRÉNIQUES

Nous ne nous dissimulons pas l'imprécision de cette terminologie. Elle mérite, à juste titre, les critiques d'Arnaud que nous rappelions dès les premières lignes de ce travail. Elle n'est pas admise par tous les auteurs contemporains ; c'est ainsi que Dide et Guiraud qualifient « peu compromettante » la dénomination

de démence paranoïde et pensent qu'elle ne doit pas être conservée.

On serait tenté de se ranger à cette opinion en voyant les acceptions diverses attribuées au mot paranoïde. Il y aurait là matière à d'amples développements que nous ne pouvons songer à entreprendre. Pour nous limiter aux états séniles et préséniles, nous voyons, par exemple, que Ziehen (1) appelle forme paranoïde de la démence sénile, une forme délirante où les syndromes accessoires simulent le délire chronique systématisé, avec hallucinations fréquentes, idées de persécution prédominantes et idées de grandeur, le malade restant généralement calme. Ziehen ajoute que la systématisation est toujours un peu incomplète et même puérile à cause de l'affaiblissement intellectuel. Ainsi pour cet auteur le délire paranoïde des séniles ne diffère pas sensiblement du délire systématisé chronique ou paranoïa.

Hannard (2) rapportant l'observation d'un délire faiblement systématisé avec léger affaiblissement intellectuel survenu vers la soixantième année chez une héréditaire, emploie l'expression d'état psychopathique présénile à forme paranoïde, en ajoutant qu'il s'agit d'une forme encore plus atténuée de démence sénile que le délire de préjudice, en raison de l'atteinte moins grande du jugement, de l'absence d'incohérence, du caractère non dementiel du comportement. Hannard rapproche ce délire de celui des dégénérés.

Actuellement l'école de Claude et de Lévy-Valensi établit une distinction formelle entre les délires paranoïaques et les délires paranoïdes. Les premiers constituent un système ordonné, homogène, bien articulé, inséré dans la réalité, avec intégrité du fonds mental. Les délires paranoïdes, au contraire, se caractérisent par leur invraisemblance, leur absurdité, leur polymorphisme, l'enchevêtrement de thèmes imprécis, contradictoires, inachevés, sans liaison logique, le recours aux formules hermétiques ou symboliques. Pour employer l'expression bleulérienne, reprise par Guiraud et par M^{lle} Petit dans sa thèse récente (3) ils ont un

(1) ZIEHEN, Traité international de Psychologie pathologique, t. II, p. 296.

(2) HANNARD, Contribution à l'étude des psychoses préséniles. *Revue de Psychiatrie*, 1912, p. 409.

(3) Paule PETIT, Les délires de persécution curables. *Th. de Paris*, 1937.

caractère de déréalité. C'est en ce sens que nous allons parler des formes paranoïdes des délires préséniles.

Quant au terme de paraphrénie que Frey (1) s'est efforcé de définir en suivant de près les textes kraepelinien, il caractériserait des délires systématisés chroniques endogènes accidentels avec dissociation limitée. Pour Kraepelin, les psychoses endogènes accidentelles sont « conditionnées par une prédisposition morbide à laquelle s'adjoint une cause interne inconnue, peut-être une auto-intoxication ». Par « dissociation », il faut entendre la diminution ou la perte de la coordination intrapsychique. Entre les états paranoïdes et la paraphrénie il n'y aurait qu'une différence de degré, les premiers se distinguant seulement par une dissociation plus ou moins généralisée. Lévy-Valensi (2) exposant les diverses doctrines des psychoses hallucinatoires écrit que les psychoses paraphréniques sont très voisines des états paranoïdes à forme schizophrénique avec encore un peu plus d'intégrité psychique ; « elles englobent une partie des paraphrénies fantastiques, mais avec plus de tenue et de cohésion, elles se développent sur un terrain schizomane ou simplement schizoïde ».

Arnaud, cherchant à pénétrer le sens de textes souvent obscurs, disait en 1913, que la paraphrénie se distingue des états paranoïdes par une désagrégation psychique moins profonde et par sa terminaison qui serait une sorte d'affaiblissement sans démence véritable.

On voit que ces états délirants s'ils correspondent à une réalité clinique non douteuse, sont encore bien mal caractérisés au point de vue de leur nature et de leur situation nosologique. Il n'était pas inutile de faire ces réserves avant d'aborder l'étude des psychoses préséniles qui comportent des éléments qualifiés de paranoïdes ou paraphréniques.

* * *

Kraepelin signalait, au cours de la présénilité, la fréquence d'états paranoïdes qui lui paraissaient devoir être séparés de la démence précoce. Sous une forme un peu différente, la même idée

(1) FREY, Conceptions de KRAEPELIN et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques. *Thèse de Strasbourg*, 1923.

(2) LÉVY-VALENSI, Précis de Psychiatrie, 2^e édition, 1939, p. 335.

était exprimée, dès 1907, par Marchand et Nouët (1), à propos de trois cas de délire de persécution survenu à la période involutive. Ce délire, écrivent-ils, a des caractères spéciaux qui le différencient du délire chronique systématisé ; les phénomènes mentaux ont une allure qui les rapprocherait plutôt des psychoses de l'adolescence.

Seelert (2), Mayer-Gross (3) décrivent chez les préséniles des tableaux morbides à forme paranoïde.

C'est dans la paraphrénie que von Hosslin (4), Albrecht (5) rangent certains délires de la présénilité. Serko (6) emploie l'expression de « paraphrénie d'involution » pour caractériser des états psychopathiques avec délire pauvre, sans extension, se constituant rapidement, présence d'hallucinations, évolution vers un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Bouman (7) qui n'admet pas l'autonomie du délire de préjudice pas plus que celle de la paranoïa d'involution pense au contraire que la paraphrénie débute souvent au moment de l'involution et il tend à englober dans le même groupe ces trois variétés cliniques.

Dans la plupart des travaux relatifs aux psychoses d'involution, notamment dans les travaux allemands, se trouve souligné le polymorphisme du tableau clinique, qui existe même, nous l'avons vu, dans les formes qu'on est parvenu à isoler d'une façon d'ailleurs quelque peu schématique. Mais dans beaucoup d'autres cas la complexité et l'enchevêtrement des éléments morbides rend difficile et parfois même illusoire toute tentative de rattachement à une psychose individualisée. Bumke (8) parle de la teinte paranoïaque de la plupart des mélancolies d'involution. Seelert

(1) MARCHAND et NOUËT, Du délire de persécution survenant à la période involutive de la vie. *Rev. de Psychiatrie*, 1907, p. 186.

(2) SEELERT, Fall von paranoiden Krankheitsbild im Präsenium. *Allgem. Zeitsch. f. Psych.*, 1913.

(3) MAYER-GROSS, La Schizophrénie. Traité de BUMKE, IX, 1932.

(4) V. HOSSLIN, Die paranoiden Erkrankungen. *Zeitsch. für die gesamte Neurologie Originalien*, XVIII, 1913.

(5) ALBRECHT, Die funktionellen Psychosen d. Rückbildungsalters. *Ibid.*, XXII, 1914.

(6) SERKO, Die Involutionen Paraphrenie. *Monatschrift für Psychiatrie*, XLV, 1919.

(7) BOUMAN, Involutionen und präsenile Psychosen. *Psychiatr. Bladen*, XXXIII, 1929, p. 309.

(8) BUMKE, *Centralblatt für Neurologie*, 1909, p. 381.

emploie l'expression de « formes mixtes » et Kryspin-Exner (1) celle d'états « dépressivo-paranoïdes » pour caractériser les psychoses involutives où coexistent les états dépressifs et délirants.

C'est à une expression analogue qu'a recours Janota (2) dans la relation d'une « Psychose dépressive et paranoïde d'involution avec traits hystériques ». Il s'agissait d'une femme de 55 ans, malade depuis un an et demi et qui présentait un délire où se combinaient des thèmes de persécution, d'autopunition, des idées mystiques. Elle parlait de tortures infernales envoyées par Dieu, s'exprimait de façon emphatique et maniérée. Après une hospitalisation de neuf mois elle fut améliorée, mais conserva une attitude hypomaniaque.

Hoven (3) a observé chez des préséniles sept cas de délire hallucinatoire de persécution sans grande systématisation avec manérisme, catatonie, agitation légère, affectivité très vive, troubles intellectuels légers. Deux cas ont guéri assez rapidement, les autres restant stationnaires.

Runge, Bouman insistent sur la difficulté de distinguer les formes typiques en raison de l'imprécision de la symptomatologie et de la fréquence des formes de passage. Cette opinion est partagée par Halberstadt (4) qui est revenu à diverses reprises dans ses études sur les Psychoses préséniles, sur la complexité de certains cas et la coexistence de différents syndromes.

Parmi ces associations morbides il en est une qui paraît particulièrement intéressante : c'est celle où l'on rencontre d'une part des phénomènes délirants plus ou moins complexes et atypiques, d'autre part des troubles circulaires. Serko (5) a le premier décrit des faits de ce genre. Robert, dans son rapport au Congrès de Paris de 1925 sur la guérison tardive des maladies mentales, a cité des cas de psychoses survenant à un âge avancé et revêtant

(1) KRYSPIIN-EXNER, *Archiv für Psychiatrie*, 1923, p. 396 et 1924, p. 369.

(2) JANOTA, Soc. de Neurol. de Prague, 8 juin 1932. Anal. in *Rev. Neurol.*, 1933, II, p. 300.

(3) HOVEN, Un cas de démence à la ménopause. *Journal belge de Neurol. et Psych.*, février 1931, p. 70.

(4) HALBERSTADT, la psychose délirante présénile. *Encéphale*, juin 1923.

Un cas atypique de psychose présénile. *Encéphale*, nov. 1931.

Etude d'une variété de psychose présénile. *Encéphale*, avril 1932.

Les psychoses préséniles. *Encéphale*, 1934, II, pp. 630 et 722.

(5) SERKO, *loc. cit.*, p. 245.

une forme atypique où des troubles circulaires coexistaient avec un élément paranoïaque.

Halberstadt (1) a consacré une étude particulière à ce type clinique. La psychose se développe rapidement après un début marqué soit par de la dépression, soit par un état de méfiance sans anxiété, avec idées de persécution et de préjudice, tendance à la fabulation, fausses reconnaissances et interprétations rétrospectives. Puis apparaît un syndrome délirant étrange, fantasque, polymorphe, avec fréquemment idées de grandeur, préoccupations sexuelles, quelquefois idées de revendication. Le tout donne une impression de fabulation. Les hallucinations, surtout auditives, sont constantes, mais peu accusées. Le délire reste uniforme, presque stéréotypé, sans développement.

Quant aux phénomènes circulaires ils consistent en excitation sans fuite d'idées, où reviennent les mêmes propos délirants. Peu d'euphorie et relativement peu d'hyperthymie. L'agitation motrice, qui se traduit parfois par des mouvements étranges, stéréotypés, est moins marquée que l'excitation intellectuelle. Il existe des phases coléreuses et quelquefois même des phases dépressives. Le délire persiste au cours de ces épisodes d'excitation et de dépression.

La psychose évolue par poussées successives réalisant un véritable mouvement pendulaire, selon l'expression de Serko, les phases durant de quelques semaines à plusieurs mois.

Comme autres particularités, Halberstadt note la possibilité de symptômes hystériformes (crises pithiatiques).

On ne constate pas d'affaiblissement intellectuel. L'état terminal est caractérisé par l'uniformité du comportement et du délire, la pauvreté des conceptions, la tendance à la persévération et aussi les troubles du langage : prolixité, incoordination, maniérisme, théâtralisme, expressions stéréotypées. A la longue on peut voir un peu d'affaiblissement de la mémoire.

Thiroux, dans sa thèse sur la paranoïa tardive (2) au sujet de cas analogues, a noté la présence de symptômes maniaco-dépressifs.

Capgras, Joaki et Ellenberger (3) ont rapporté l'observation

(1) *Loc. cit. Encéphale*, avril 1932.

(2) THIROUX, Contribution à l'étude de la paranoïa tardive. *Thèse de Bordeaux*, 1932.

(3) CAPGRAS, JOAKI et ELLENBERGER, Psychose présénile. Négations systématiques et érotomanie. *Soc. méd.-psych.* Séance du 13 juillet 1933, in : *Ann. méd.-psych.*, 1933, II, p. 209.

d'une présénile qui présenta d'abord de la dépression mélancolique avec idées de culpabilité puis de l'exaltation euphorique avec érotomanie. Au cours de ces deux états existait en outre le symptôme des méconnaissances systématiques : d'abord négation de la mort de ses parents et de tous les gens qu'elle a connus, puis, dans la phase maniaque, négation de tous les événements survenus pendant sa vie, sentiment d'étrangeté, et enfin affirmation d'un amour partagé et d'un mariage prochain. Pour les auteurs, cette méconnaissance systématique qui est ordinairement liée à un degré plus ou moins notable d'affaiblissement intellectuel, marque chez leur malade le début d'une psychose d'involution, le premier signe d'une démence encore peu appréciable par ailleurs. Ils considèrent ce cas non comme une psychose mixte, à la fois périodique et paranoïaque, mais comme une psychose uniquement maniaque-dépressive à forme d'état mixte de Kraepelin, les séquelles du délire de négation mélancolique coexistant avec le délire expansif érotique.

* * *

L'observation suivante d'une malade qui se trouve depuis 8 ans dans le service du Dr Demay est un exemple particulièrement remarquable de la variété clinique décrite par Serko et par Halberstadt. On y retrouve le polymorphisme délirant, le caractère parfois fantasque des conceptions, les phases circulaires : maniaques, coléreuses, dépressives, sans que jamais s'interrompe le délire ; les caractères particuliers de l'agitation motrice ; les troubles du langage avec maniérisme, théâtralisme. Enfin, la malade paraît être actuellement fixée dans un délire d'influence à thème hypocondriaque où reviennent sans cesse les mêmes formules, mais sans qu'il existe, par ailleurs, aucun symptôme d'affaiblissement intellectuel.

OBSERVATION IV. — Per... Marie, entre à Maison-Blanche le 1^{er} janvier 1932 à l'âge de 53 ans.

A. H. Une sœur aliénée.

A. P. Ovariectomie en 1907.

Depuis 1917 employée dans un bureau de recrutement. En dehors de ses heures de service, travaillait chez des commerçants.

D'après sa famille, s'est surmenée ; en outre s'imposait des privations par esprit d'économie.

A donné toute satisfaction à ses chefs jusqu'en 1926. Cependant changement de caractère depuis quelques années, devenait irritable. En 1927 apparaissent les idées de persécution et de préjudice. Accuse son fils qui habite Paris de pénétrer chez elle à Nevers, pendant ses heures de travail, de déplacer différents objets, d'en remplacer d'autres, craint d'être empoisonnée.

En 1928, après examen médical, est licenciée et vient habiter Paris. Elle manifeste une très grande affectivité pour son fils, nie les accusations qu'elle avait portées contre lui. Elle se montre triste et déprimée.

Hospitalisée de mai à juin 1928 à l'hôpital Henri-Rousselle, où deux ponctions lombaires donnent un résultat négatif.

A sa sortie prétend être paralysée et ne pouvoir articuler que quelques mots toujours les mêmes : « je suis Marie, je suis yoyote ». En décembre 1928 elle se remet à parler et à s'occuper activement de son ménage.

En mai 1929 se plaint de souffrir des reins, attribue ses douleurs aux ponctions lombaires. Elle crie beaucoup, puis survient une période de calme. En novembre, elle recommence à crier, dort mal. En janvier 1930 cris continuels : « je suis une criminelle, mon fils est un brigand, ce n'est pas moi, c'est toi ». Semble répéter des paroles qu'elle entend. Une voisine lui fait des rotations sur la tête, jette des pluies d'étincelles autour d'elle.

D'après son entourage, les troubles se manifesteraient par périodes, environ quinze jours sur trente, la seconde quinzaine étant très calme avec comportement normal. Puis fin 1931 l'agitation devient continue. A l'hôpital Henri-Rousselle, le Dr Pichard (15 janvier 1932) puis le Dr Raymond Mallet (18 janvier) constatent un état d'excitation à caractère maniaque ; logorrhée, fuite des idées, inattention. En outre syndrome d'influence mal systématisé : on la fait parler, agir, on l'empêche de lire, on en fait une pile électrique, elle n'y comprend rien, c'est de la persécution. Troubles du comportement, indocilité, turbulence, chants, activité improductive. Par moments maniérisme, attitude hostile.

A Maison-Blanche on note que la loquacité et la fuite des idées se manifestent quand on l'interroge et cessent brusquement. Idées d'influence présentant au début un caractère d'incertitude, d'ébauche, d'hypothèse, tremblements dans le corps, pesanteur dans le cerveau, prise de la pensée, immobilisation provoquée. Idées hypocondriaques : elle ne tient plus debout, elle a besoin de rester continuellement au lit ; elle est constipée, elle a un mauvais estomac. Hallucinations auditives : voix qui arrivent par les conduites d'eau, les canalisations électriques. Ces voix elle les

entend depuis 1930 mais elles ne l'intéressent plus, il lui faut maintenant sa tranquillité.

Aucun trouble de l'orientation et de la mémoire. Donne des renseignements très précis sur son passé, sur les circonstances qui ont précédé l'hospitalisation. Comportement variable, généralement déférente, puis se levant brusquement en disant : « Voulez-vous me f... la paix, je veux aller coucher ».

Aucun symptôme neurologique. Réactions du sang et du L. C.-R., négatives. Azotémie 0 gr. 30, légère hypertension 17-11 qui ne persiste pas. Après repos et régime, la tension est ramenée à 14-8.

Pendant trois semaines, tout en se montrant exubérante, faisant des jeux de mots, elle reste assez calme. Le 16 février elle se plaint d'être fatiguée, demande à se coucher, et aussitôt au lit se met à pousser des cris, effrayant les autres malades, prononçant des mots sans suite ; elle se raidit, regarde fixement devant elle. Interrogée le lendemain sur cet incident, ne répond pas puis se met à parler à voix basse, de façon maniérée sans qu'il soit possible de comprendre ses propos. Les jours suivants dès qu'on s'approche de son lit, grimaces, rires, mots proférés à voix basse, la plupart incompréhensibles, sauf cependant les mots : « je t'aime ». Quand on ne s'occupe pas d'elle, elle reste calme. Dit au personnel que c'est un monsieur qui l'oblige à parler.

Mars-Avril 1932. Excitation intermittente qui semble parfois liée à des idées d'influence (quelque chose la fait crier, traîner son lit, sa chaise) et parfois de nature coléreuse (insultes grossières aux infirmières). Idées hypocondriaques, demande à rester couchée jusqu'à midi.

Mai-Août. Période de calme.

23 août. Monologues, cris « on me le fait faire ». S'approche du médecin pour l'embrasser, demande un régime supplémentaire, des soins. Se plaint de céphalalgie.

Septembre-octobre. Calme, avec quelques jours d'excitation (10-13 octobre) chants, grossièretés dont elle s'excuse ensuite : (c'est plus fort que moi).

14 novembre. Excitation coléreuse, crache par terre, crie. Bien que s'exprimant toujours de façon obscure, fait allusion à un sommeil qui n'est pas naturel, au fait qu'on l'oblige à prononcer certains mots malgré elle. Quelques jours plus tard (22 novembre), tutoie le médecin, le traite de maquereau, lui crache à la figure. Une fois le calme revenu (24 novembre) déclare : « je sentais le truc sur la tête, c'est vous qui me faites cela, ou si ce n'est pas vous, ce sont vos acolytes ».

12-15 décembre. Dès qu'on s'approche d'elle, grimaces, déclamations

avec gestes théâtraux, éclats de rire, chants : « laisse-moi contempler ton visage ». Puis, sans transition, demande qu'on la tue d'un coup de revolver. « Je n'ai plus rien à espérer de la vie. »

Janvier-février 1933. Agitation fréquente, taquine et bouscule les autres malades, crache à la figure du personnel, cherche à déchirer les vêtements. Exprime des idées de persécution et des idées hypocondriaques : ses oreilles se décollent, son nez se creuse.

Le syndrome hallucinatoire est mieux extériorisé. Entend la voix de son fils, de sa nièce. Explique clairement ses hallucinations motrices : elle sent remuer sa bouche, sa langue, mais les mots qu'elle prononce n'ont pas de sens et elle ne sait pas pourquoi elle les dit. A certains moments elle est incapable de parler. Sent son lit se déplacer ; a l'impression qu'il s'abaisse.

Affectivité conservée, aussi bien au sujet de ses proches que pour apprécier sa propre situation : « ce n'est pas une vie, je ne serai tranquille qu'une fois morte ». Demande qu'on lui fasse une piqûre pour qu'elle meure doucement parce qu'elle est très douillette. Réactions mobiles et contradictoires ; prend le bras du médecin, lui saute au cou, un instant après l'injure, le traite d'assassin. Présente de temps à autre des vomissements, qui au début (janvier 1933) semblaient spontanés (mangeait beaucoup) mais qui en février étaient provoqués ; elle sent des brûlures à l'estomac.

Avril 1933. Agitée, délirante ; les autres malades et le personnel l'électrisent. Demande qu'on lui arrête la machine qui lui casse la tête.

Juin-Août. Période de calme mais continue à manifester des idées d'influence.

Septembre 1933-février 1934. Alternatives de calme et d'excitation. Grimaces, taquineries, grossièretés, exhibitionnisme. Dans les périodes de calme extériorise des idées d'influence : « On m'oblige à parler malgré moi par des procédés malhonnêtes, les grimaces cela arrive à d'autres, ce sont des procédés voulus. J'ai vu une infirmière qui marchait d'un pas automatique comme en catalepsie, j'ai pensé qu'elle était endormie. »

11 mai 1934. Idées de préjudice : on lui change ses œufs qui étaient énormes pour des œufs plus petits, on a changé ses fruits, changé ses lunettes. Réactions violentes contre une autre malade, ne donne aucune explication : « demandez-lui ce qu'elle m'a fait ».

Décembre 1934. Idées hypocondriaques très actives associées aux idées d'influence : elle a une machine dans le corps qui l'empêche d'aller à la selle. Elle sait bien qu'on la traitera de folle, mais elle est convaincue d'être dans le vrai. Demande sans cesse des médicaments, des lavements.

Quand elle est aux W. C. elle est obligée d'écarter l'anus avec les doigts, c'est comme un souffle. On lui fait remonter les matières jusque dans les dos. Demande fréquemment à se coucher ; elle est trop malade pour rester debout. S'alimente de façon irrégulière.

26 mars 1935. Présentation hypomaniaque contrastant avec la période hypocondriaque précédente. Rouge aux lèvres, euphorie, plaisanteries. Demande à être transférée à Dun-sur-Auron, ou à défaut à retourner à Paris.

Avril. Refuse les médicaments prescrits, en réclame d'autres ; se montre coléreuse, grossière. Se plaint de constipation provoquée par des manœuvres occultes.

10 mai. Attitude hypomaniaque : fleurs dans les cheveux, à sa ceinture, sur les pantoufles. Demande sa sortie.

1^{er} juin. Plainte contre la nourriture, le personnel, les soins médicaux. Réclame laxatifs et lavements.

27 juin. Nouvelle phase hypomaniaque, tenue soignée, rouge aux lèvres, réclame des ciseaux pour se faire les ongles.

8 juillet. Excitation coléreuse, récriminations contre la nourriture, il faut écrire aux journaux à ce sujet. Refuse fréquemment de s'alimenter. On l'a rendue malade en lui faisant à son entrée une ponction lombaire.

Du 13 août au 15 septembre. Agitation suivie d'une période de calme de quelques jours. Puis (20 septembre) hypomanie, plaisanteries, demande à se rendre sur la Côte d'azur.

Octobre-décembre 1935. Excitation, plaintes hypocondriaques ; elle est une martyre, on l'empêche d'uriner. Idées de préjudice ; on lui change son matelas pendant qu'elle fait sa toilette, sa chemise pendant qu'elle dort. On lui assène à distance des coups sur la tête, les journaux sont truqués, ont de fausses dates.

A partir de 1936, on ne constate plus les périodes hypomaniaques signalées antérieurement. Alternatives d'excitation coléreuse et de calme, les idées d'influence restent permanentes. Alimentation souvent insuffisante. Idées d'empoisonnement. Idées hypocondriaques portant toujours sur les fonctions intestinales et urinaires dont le mauvais fonctionnement est provoqué. Se rend fréquemment aux W. C., fait des efforts violents de défécation, prétend qu'elle n'évacue que quelques grammes de matières fécales et d'urine, s'introduit le doigt dans le rectum. On lui prend ses matières fécales. Vomissements, vraisemblablement volontaires.

Divers examens cliniques de l'appareil digestif ont donné un résultat négatif. L'examen radiologique a montré un œsophage libre, une ptose

gastrique, un péristaltisme intestinal vigoureux et un rythme d'évacuation normal.

Etat actuel (août 1939). Demandé constamment à être alitée, à être examinée et traitée médicalement.

« J'ai une fracture de la nuque, de toute l'étendue de la colonne vertébrale, du bassin. C'est à l'hôpital Henri-Rousselle qu'on m'a piqué la colonne vertébrale (allusion à la ponction lombaire). Je ne peux pas me tenir debout. Dans l'état où je suis, je ne devrais pas manger comme je mange ; ce sont les instruments qui me font manger. On me tue littéralement. On m'enlève les matières fécales, les urines et on les remplace. Quand j'urine, c'est froid, ce sont des urines qu'on a mis à la place des miennes. Je ne sais pas qui fait tout cela, ce sont des misérables, des scélérats, c'est une maison criminelle. Je suis une martyre, c'est connu du monde entier. »

C'est par l'intervention « d'instruments » (sur lesquels elle ne donne aucun détail) qu'elle explique non seulement son appétit, mais ses réactions hypomaniaques et érotiques antérieures, quand elle ne les nie pas purement et simplement. C'est également par des procédés infects qu'on l'a obligée à faire de la dentelle, du crochet : dans l'état où elle se trouve elle n'aurait jamais pu travailler, mais les instruments sont plus forts que sa volonté.

Au sujet des hallucinations auditives, elle se montre très catégorique : il y a longtemps qu'elle n'entend plus de voix, mais elle a entendu les voix de plusieurs de ses parents qui sont morts : on a très bien pu enregistrer leurs voix de leur vivant et les reproduire, et puis il y a des voix qui se ressemblent.

L'intonation reste très particulière : mélange de maniérisme, de théâtralisme, d'ironie, avec de fréquents sourires. Il n'a jamais été constaté de phénomènes anxieux, de gémissements, de mimique douloureuse, même quand la malade fait le récit des tortures incessantes qu'elle subit. Ajoutons que l'orientation, la mémoire, le pouvoir d'évocation, l'attention, n'ont subi aucune atteinte.

Dans nos observations V et VI les troubles circulaires sont moins marqués que dans l'observation IV, mais on y retrouve des phénomènes d'excitation fréquents, parfois subcontinus, des troubles de l'humeur : euphorie traversée de manifestations coléreuses, un délire hallucinatoire à caractère fantasque et absurde sans aucune systématisation, des troubles profonds de

l'identification, et enfin, chez la malade Pui..., quelques stéréotypies verbales.

OBSERVATION V. — Bu... Jeanne-Marie femme Mel..., 45 ans, entre à Maison-Blanche le 3 mars 1938.

Aucun antécédent héréditaire.

Aucun trouble mental antérieur. Très sobre. Caractère gai, aimable, serviable.

Règles irrégulières depuis un an. Se plaignait depuis peu de se sentir fatiguée, de ne plus avoir d'appétit.

La famille insiste sur le début brusque des troubles psychiques, huit jours avant l'hospitalisation. La malade parle de trahison, de descente de police ; on veut la pendre, la guillotiner, l'empoisonner. Son fils est traqué. Etat fébrile 38°2.

A l'entrée, excitation confusionnelle. Idées délirantes mobiles, sans aucune systématisation, à caractère incohérent. Elle a été ensorcelée, on l'a fait mourir plusieurs fois ; elle est ressuscitée, elle a une mission divine, elle est au paradis. Hallucinations multiples, auditives, olfactives, troubles de la sensibilité générale. Désorientation, labilité de l'attention, fatigabilité. Attitude variable, tantôt inquiète, tantôt euphorique, parfois discordante. Etat subfébrile. Subictère. Urines normales sans urobiline, ni acétone, ni pigments biliaires. Taux de l'urée du sang 0 gr. 25 p. 1.000 ; T. A. 15-9. Réactions du sang et du L.-C. R. négatives.

Rapidement la température devient normale, et la malade se montre plus calme tout en restant très délirante. Puis l'excitation reparait, et depuis lors on constate des périodes fréquentes de turbulence avec désordre des actes : la malade monte sur les chaises, les lavabos, taquine ses compagnes, cherche à casser les carreaux, à ouvrir les portes ; parfois mais rarement, se montre violente et malpropre. Dans l'intervalle, elle est calme, soignée. fait de la couture, du tricot. Mais aussi bien dans les périodes de calme que dans les phases d'excitation elle reste hallucinée et délirante, ce délire n'ayant aucune systématisation et revêtant fréquemment un caractère absurde. On a remis les yeux aux aveugles de guerre ; on a remis les amputations avec son sang. Son premier mari qui est mort lui parle, elle entend également la voix de son fils.

Fausse reconnaissance multiples et variables. La Surveillante s'appelle P... Elle « a été morte » en 1902. Parmi le personnel reconnaît plusieurs personnes de sa famille. A pris longtemps le médecin pour son mari, puis lui donne maintenant son nom véritable. Ses explications à ce sujet sont confuses et contradictoires : « Cela renouvelle la ressem-

blance avec mon premier mari (mort en 1914) ; je vous ai vu filmé ; je ne me suis pas trompée en disant que vous étiez mon premier mari. Pourquoi cherchez-vous à me faire tourner la tête ; je sais ce qui s'est passé chez moi. » Au sujet de la surveillante morte et ressuscitée elle s'exprime ainsi : « elle est morte à 37 ans, j'ai été à son enterrement ». Si l'on s'étonne, elle ajoute « demandez-le à mon mari qui est le bon Dieu du principal. Mon second mari est saint Joseph ».

Il ne s'agit pas là d'une attitude de jeu. La malade ne se présente nullement comme une maniaque. Elle ne manifeste pas de fuite d'idées, pas de troubles de l'attention. Actuellement l'évocation des souvenirs est correcte, la malade montre une certaine affectivité pour sa famille, notamment pour son fils. Elle conserve une attitude souriante, affirme qu'elle n'est pas folle.

OBSERVATION VI. — Pui... Marie, Vve Fr..., 59 ans, entre à Maison-Blanche le 19 décembre 1933.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Rougeole dans l'enfance. Salpingite double à l'âge de 30 ans.

Aurait présenté vers cette époque des crises nerveuses (?) Arthritique. Aucun excès alcoolique. Pas d'enfant ; ménopause à 45 ans sans incident. Hypertension artérielle.

Revers de fortune. Veuve depuis 5 ans. Obligée de travailler, alors qu'elle était autrefois dans l'aisance. Récemment ennuis au sujet d'une maison mise en vente, difficultés avec ses locataires. Les troubles mentaux ont été constatés six mois environ avant l'internement. On lui voulait du mal, on regardait ses yeux, elle entendait les voisins parler d'elle la nuit, dire qu'elle faisait la noce, qu'elle avait toutes les maladies vénériennes. En outre, se montrait préoccupée de sa santé, consultait un livre de médecine, se plaignait de maux de tête, de sensations pénibles dans tout le corps.

A l'entrée, idées de persécution, d'influence, de grandeur. Hallucinations auditives, psychiques, psycho-motrices, troubles cénesthésiques. Correspond par la pensée avec le Dr S..., entend des insultes. On lui travaille les yeux, on l'électrise. Gémissements. Mouvements brusques de la tête, des épaules, des bras, ce sont des médecins qui lui font faire tous ces mouvements, tout ce cinéma. On l'a endormie et on l'a fait ainsi interroger les autres malades, deviner leurs pensées, dire leurs péchés. Elle fait du cinéma à l'aide de son petit ange qui est une infirmière de sainte Anne ; tout cela est reproduit. Elle est devineresse, somnambule. Elle sent ses pupilles devenir phosphorescentes. La nuit,

un homme est venu près de son lit ; il est homme et femme ; elle lui a fait avouer ses pensées, c'est une femme elle a les deux sexes. Il y a beaucoup de vampires. Reconnaît dans les infirmières les maitresses de son mari.

Pas de troubles de l'orientation et de la mémoire.

Donne des détails incohérents sur son passé pathologique, les traitements qu'elle a subis, notamment pour son hypertension artérielle, le régime qui lui a été prescrit.

Troubles de la mimique, parle en gardant les yeux fermés, pousse des gémissements puis répond en souriant.

Agitation, réactions violentes, cherche à frapper le personnel, détériore les murs, crache autour d'elle.

T. A. 17-11. Azotémie 0 gr. 63, s'abaissant avec le régime à 0 gr. 40. Absence d'albumine ; pH 4,8. Tachycardie, acrocyanose ; léger œdème des chevilles. Sang et L. C.-R., réactions négatives.

Depuis son entrée jusqu'à l'époque actuelle (août 1939) l'état de la malade peut se caractériser ainsi : Excitation intellectuelle subcontinue, cris, déclamations. Désordre des actes et de la tenue. Agressivité, frappe les autres malades, crache à la figure du personnel, lacère le linge, bouscule les meubles.

En contraste avec cette irritabilité, se montre fréquemment souriante. Avait au début de rares intervalles de calme, pendant lesquels elle était plus soignée dans sa tenue, demandait à s'occuper. Fait de temps à autre des difficultés pour s'alimenter sous l'influence d'idées d'empoisonnement (la nourriture contient de l'arsenic, a une odeur d'urine). Hallucinations psychiques et auditives, réponses à la pensée ; elle-même connaît la pensée des autres ; elle parle sans ouvrir la bouche ; elle cause sans causer. Entend parler d'elle ; détails sur son passé, insultes. Même quand elle dort, elle entend parler. Troubles cénesthésiques, sensations sexuelles provoquées. Se plaint parfois que des hommes viennent dans son lit, elle les sent près d'elle. On lui fait de vilaines choses. On l'oblige à secouer la tête, les épaules, à uriner au lit. La surveillante l'oblige à faire la grue. Troubles de l'identification, attribue au médecin, aux infirmières une autre personnalité, prétend que sa nièce qui vient la voir, n'est pas en réalité sa nièce, que celle-ci est décédée. Appelle parfois la surveillante : monsieur, dit qu'on la prend elle-même pour un homme.

Propos souvent hermétiques : elle crache dans sa robe pour d'autres personnes par trahison.

Parfois itérations, sans stéréotypies verbales vraies ; emploie fré-

quemment l'expression « mes neuf doigts et demi réels » (il lui manque les deux dernières phalanges de l'index droit par suite d'un accident de l'enfance). Outre les idées de persécution et d'influence, exprime plus rarement des idées hypocondriaques, réclame des lavements sans raison, s'écorche le nez en disant qu'il est obstrué.

L'orientation et la mémoire ne sont pas troublées.

Malgré une tension artérielle élevée (22-12 actuellement) et quelques phénomènes transitoires d'insuffisance cardio-rénale, l'état général reste satisfaisant.

Voici encore une observation où, à un délire polymorphe d'apparence chronique, s'associent un état d'excitation intellectuelle et des troubles de l'humeur : alternatives d'anxiété et de manifestations coléreuses.

OBSERVATION VII. — Pop... Clotilde, couturière, 55 ans, entre à Maison-Blanche le 25 juin 1936.

Ménopause il y a un an. Fatigue générale, sueurs abondantes. Ennuis matériels, crainte de chômage, préoccupations au sujet de son frère, lui-même sans travail.

Depuis quelques mois se plaint de perdre la mémoire. Epreuve des difficultés pour livrer son travail à temps, oublie son repas sur le feu, s'alimente mal. Début brusque des troubles délirants le 11 juin, après une visite à un guérisseur qui lui a parlé d'hypnotisme, de transmission de pensée. Elle s'est imaginée être influencée. Les jours suivants, excitation, disait avoir inventé un poste de T. S. F., voyait sa mère et son frère morts.

A l'entrée, déficit de l'attention, dysmnésie dont elle a conscience. Orientation générale satisfaisante. Excitation intellectuelle. Parle sans arrêt de façon monotone avec parfois des gémissements. Récits confus mais sans incohérence vraie. Allusion à un traitement magnétique : sentiment d'influence. Hallucinations auditives et psychomotrices. Elle se sent commandée, elle entend rappeler tous ses péchés ; elle entend dire : quand elle y croira elle sera guérie. Une pensée lui dit : fais comme cette personne ; le magnétiseur la fait parler avec elle. Agitation motrice, ne reste pas au lit, s'alimente difficilement.

Variations de l'humeur ; certains jours montre une physionomie souriante, ce qui paraît correspondre à une atténuation des phénomènes sensoriels. En juillet se montre plus calme, s'alimente mieux ; manifeste toujours de la fuite des idées, des troubles de la mimique, re-

garde de tous côtés, nomme quelques objets, les touche l'un après l'autre.

A partir du 15 août, agitation coléreuse, cherche à partir, résiste pour s'alimenter, crache à la figure des infirmières, donne des coups de pieds. Reprise de l'activité délirante et hallucinatoire : elle a des sans-fil qui lui emplissent les oreilles, cela l'engourdit, elle vit dans une atmosphère électrique. On fait des études sur elle. Elle parle sans savoir si c'est réel ou si c'est un rêve. Quelqu'un agit sur elle. On lui prend les yeux, on lui met un couteau sur la gorge. Si elle se met en colère c'est qu'on ne comprend pas ce qu'elle demande ; elle voudrait s'expliquer avec quelqu'un mais elle ne cause qu'avec des voix.

Désordre des actes ; se met nue dans la cour, renverse de l'eau sur le sol, jette de l'eau sur les autres malades.

Octobre 1936. Assez bien orientée ; elle est à l'asile depuis trois mois ; sait qu'elle se trouve à Maison-Blanche. Conscience relative de l'état morbide ; elle était malade, c'était l'âge. Elle manquait de mémoire. Toujours hallucinée : acoustique dans les oreilles, voix d'un parent qui habite Paris. On lui soulève la tête, elle sent comme des bosses qui lui viennent, cela tire les cheveux. Persistance des phénomènes oniroïdes : elle rêve et tout d'un coup elle se demande où elle est transportée ; elle voit toutes sortes de choses qui se réalisent. Affectivité conservée, elle est heureuse de recevoir les visites de sa sœur, de sa mère. Explique ses réactions violentes en disant qu'elle était bousculée, qu'elle voulait partir. Elle est « tarabustée » par tout le monde. Elle ne comprend pas ce que ça signifie.

Février 1937. S'occupe un peu tout en restant désordonnée, et en conservant des hallucinations auditives et des troubles cénesthésiques : on lui parle à l'oreille, on lui soulève le cerveau. Idées hypocondriaques : elle a mal dans les genoux, dans la tête, elle est très fatiguée ; elle est un jour bien, un jour mal, elle ne peut vivre ainsi. Certains jours se montre anxieuse, se plaignant de sensations douloureuses multiples ; en outre tout le monde est après elle. Demande à être seule. Conscience relative de son état, elle sait bien que le retour d'âge occasionne des troubles.

Mai 1937. Travail de temps à autre (broderie). Déficit de l'orientation. Voix dans les oreilles, plusieurs à la fois comme en écho ; parfois on dirait que c'est elle-même qui parle à l'intérieur de son cerveau. Elle a les gencives qui saignent, une sensation de poudre dans la bouche, elle se demande si le cœur n'est pas décroché. Personne ne s'occupe d'elle, c'est épouvantable d'être là sans famille. Admet cependant qu'elle a eu des soins et qu'elle va un peu mieux. Au cours d'une visite dit à sa sœur qu'elle est dans une écurie à la place des chevaux.

Octobre 1937. Elle est très mal vue, très maltraitée, elle est toujours dans les rêves, prête à tomber, elle a peur de tout. On dit qu'elle est à l'écurie. Ses compagnes ont la voix de sa sœur. Sensation de piqure au nez ; on lui jette des choses qui la brûlent.

Mars 1938. Manifeste des craintes pour sa famille, demande à sa sœur de ne pas prolonger ses visites. Se plaint que la nuit on lui fasse des piqures. Sollicite toujours sa sortie.

Juin-juillet 1938. Bien orientée. Entend nuit et jour des personnes qui sont loin, les voix ressemblent parfois à celles de ses parents qui sont morts ; pourtant elle se dit que ce ne sont pas eux. Par moment elle étouffe, elle ne peut avaler, cela est fait exprès. Mauvais goût dans la bouche. Piqures la nuit. Elle pense qu'on la soigne un peu par le magnétisme. Elle a dû être malade mais elle n'a pas perdu complètement la tête. Alternatives d'excitation coléreuse et d'anxiété.

Sortie à la demande de la famille, fin juillet, sans que son état se soit amélioré.

L'examen neurologique a toujours été négatif.

Sang et L. C.-R. normaux.

OBSERVATION VIII. — Le T... Vitaline femme B..., hôtelière, 50 ans, placée d'office le 14 août 1936. Ménopause 5 ans auparavant. Début des troubles difficile à préciser mais remontant vraisemblablement à deux ans. Conversations dans les oreilles ; nombreuses voix ; insultes ; parfois voix de sa famille. Echo des pensées ; commentaire des actes. Courants électriques ; éclairs. On l'a fait rester au lit quinze jours malgré elle ; on lui fait raidir les bras comme pour lui injecter quelque chose dans les veines. Quand elle dort on lui fait faire le pigeon voyageur et diriger des batailles ; elles les a gagnées toutes sauf une ; en se réveillant elle entend encore le canon. On lui retire la peau des os ; elle a l'estomac desséché. Elle est radiographiée par une instruction malhonnête. On lui enlève la mémoire. Ignore l'origine et la raison de ce qui lui arrive. Elle a cru que c'était une affaire de police ; il y a eu aussi quelque chose de militaire, c'était une instruction formidable. Le Gouvernement, le Président de la République sont au courant. Elle n'obéit qu'aux bons commandements, elle ne veut pas être en faute contre le Gouvernement.

Mémoire et orientation bonnes dans l'ensemble, ce qui contraste avec une erreur grossière au sujet de son âge : dit avoir 60 ans (au lieu de 50) et être née en 1917. Excitation psychique, aisance, volubilité, légère fuite des idées, jovialité, irritabilité. Aucun signe neurologique ni humo-

ral. Dans le passé un épisode confusionnel, en 1918, traité pendant 15 jours à la Salpêtrière.

A l'hôpital psychiatrique l'état général s'améliore mais les troubles psychiques persistent sans grande modification sauf toutefois en ce qui concerne les phénomènes oniroïdes du début, qui ne se produisent plus. La malade continue à être hallucinée et à exprimer des idées de transformation corporelle : on lui enlève la chair des bras. Fréquemment elle s'excite, parle sans arrêt, crie, dit que son mari se trouve lui aussi à Maison-Blanche ; on l'a mis dans une cave, il a la jaunisse. Elle se montre difficile à diriger, récriminant constamment. Transférée en province le 8 novembre 1937.

Ce qui frappe dans cette observation c'est tout d'abord le caractère déréel, ou, si l'on préfère, paranoïde du délire, son absence de cohésion, son polymorphisme, le mélange d'idées de persécution, d'influence, de grandeur, d'hypocondrie qui s'expriment simultanément. C'est l'aspect particulier des troubles de l'identification qui portent uniquement sur la méconnaissance de l'âge réel et de la date de naissance. C'est enfin le ton affectif spécial, où se succèdent la jovialité, l'irritabilité avec de fréquentes périodes d'excitation.

OBSERVATION IX. — Gav... Marie, 66 ans. Est internée d'office le 16 février 1939 pour des troubles profonds du comportement. Elle se dit propriétaire de la maison dont elle est réellement locataire, ne paie pas son terme, refuse de recevoir convocations, huissiers, commissaires. Expulsée le 15 février, elle était armée d'un couteau et d'un casse-tête de fortune pour repousser les assaillants. On constate un état délirant avec idées de persécution, phénomènes d'agression physique, vol de son identité, transformation de l'entourage, idées de grandeur et de filiation royale. Interprétations multiples endogènes et exogènes, hallucinations auditives, troubles cénesthésiques, élément imaginatif important. On lui fait comme à tant d'autres des « injectes » dont on ne perçoit pas la pénétration mais qu'on connaît par leurs effets. On l'a endormie à de nombreuses reprises. Gaz par le trou de la serrure. On lui a donné le tétanos car elle a parfois la tête enflée, des vertiges, des tremblements. Méconnaissance de sa famille. Refuse de reconnaître son neveu, affirme que ses frères étaient célibataires. Elle est Majesté. Sa famille a ouvert les yeux au monde entier, le premier né s'appelait Gav... Depuis ce temps elle est reine, elle a été couronnée 12 heures après sa naissance.

Elle est l'héritière unique. Elle attend qu'on lui verse les milliards qui lui reviennent. Tout cela est un véritable conte de fées. Il y a beaucoup de gens qui s'appellent comme elle ; ils doivent espérer un « testat ». Ce sont des hommes habillés en femmes ; ils portent des masques, des perruques, des fausses dents et cela ne se voit même pas.

A l'hôpital la malade se montre calme, loquace, généralement souriante même quand elle décrit les persécutions dont elle est l'objet. D'autre part tout en affirmant son origine illustre, elle ne méconnaît pas sa situation réelle, son ancien métier de concierge, sa vie de travail. Aucun trouble de l'orientation et de la mémoire. Au point de vue neurologique, myosis avec diminution du réflexe photopupillaire. Réflexes tendineux faibles. Réflexe cutané plantaire en extension légère à droite. Taux de l'urée sanguine 0 gr. 58. Urines normales. Sang et L. C.-R. normaux. T. A. 15-8.

D'après les renseignements recueillis, aurait toujours eu un caractère anormal, difficile. A dû quitter sa place de concierge en raison de son irritabilité. En dernier lieu avait beaucoup maigri, ne mangeait presque plus. Manifestait depuis environ deux ans des idées de préjudice ; on la volait, on changeait ses vêtements, ses papiers d'identité, on donnait des coups de couteaux dans le matelas, on mettait du poison dans ses souliers.

Le grand-père et le père ont présenté tardivement des troubles de la mémoire.

Un frère parkinsonien et hémiplégique.

A l'Admission le Dr Xavier Abely avait signalé le caractère atypique de la psychose, la présénilité, la probabilité d'affaiblissement psychique.

Notons ici le début par des idées de préjudice, l'évolution vers un délire absurde, fantasque, de persécution et de grandeur, la discordance entre les conceptions délirantes et le comportement.

Un syndrome analogue se retrouve dans l'observation suivante :

OBSERVATION X. — Biz... Hélène, internée à 53 ans (nov. 1936).

Troubles mentaux datant d'environ 5 ans. Etat délirant avec hallucinations multiples : vue, ouïe, odorat, goût, troubles de la sensibilité générale. Idées de persécution, de grandeur, de richesse ; elle est victime de la jalousie de son entourage, elle est Comtesse de Chambord, possède des millions. L'hôpital est sa propriété. Dieu lui apparaît ainsi que saint Paul et saint Joseph. Elle voit aussi des diables, des étoiles.

Elle est morte trois fois et est ressuscitée. Fantomas lui a abimé les dents. L'absurdité des conceptions délirantes contraste avec l'intégrité parfaite de l'orientation et de la mémoire. La malade manifeste en outre une certaine affectivité, pleure en parlant de son fils, s'indigne à l'idée que les voix lui ont commandé de tuer sa patronne. A l'hôpital, se montre calme, propre, soliloque à voix basse mais se comporte très correctement. Hypertension artérielle 20-10.

Azotémie 0 gr. 20 pour 1.000.

Réactions du sérum négatives. L.C.-R. : B.-W. et Méinicke négatifs.

Albumine 1 gr.50 Pandy + Weichbrodt 0

Leucocytes 17. Benjoin 00000.22222.22100.

Cet état n'avait subi aucune modification en 1938, lorsque la malade fut transférée à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (5 nov. 1938).

A signaler ici les anomalies du liquide céphalo-rachidien indiquant l'existence d'une réaction méningée particulièrement nette. La malade ne présentait par ailleurs aucun symptôme organique permettant de rapporter cette réaction à une cause déterminée.

OBSERVATION XI. — Bel... Adeline, 50 ans. Placée d'office le 5 octobre 1936. Domestique au service des mêmes patrons depuis 13 ans.

Début des troubles mentaux il y a un an ; interprétations frustes, idées de persécution. A continué à travailler correctement. Recrudescence en juillet, amélioration par le repos. En septembre aggravation progressive. Internée à la suite d'une crise délirante hallucinatoire : on l'accuse d'avoir tué un voisin, on va l'emmener en prison. Agitation anxieuse qui disparaît très rapidement. A l'entrée à Maison-Blanche, calme, lucide, bien orientée, mais reste convaincue de la réalité de ce qu'elle a entendu. Pendant deux mois est calme mais inactive, reste assise dans la salle sans parler à personne. Au début de décembre, idées hypocondriaques, se dit fatiguée, sans forces, demande à rester au lit. Puis anxiété, insomnie, hallucinations auditives à caractère impératif : ordre de se mettre nue pour faire pénitence, défense de manger, troubles cénesthésiques, brûlures sur tout le corps. En 1937, hallucinée, anxieuse, résistante, comportement variable, souvent négativiste. Croit qu'on va l'enterrer vivante, ne reste pas au lit, se tient près des portes, cherche à s'emparer des clefs des infirmières. Demande tantôt à être soignée, tantôt à être exécutée. Il faudrait pourtant qu'elle signe. Ne donne aucune explication sur ses idées délirantes.

Au point de vue physique, pas de troubles pupillaires, réflexes rotuliens légèrement inégaux, réflexes achilléens faibles.

Réactions du sérum négatives.

Liquide céphalo-rachidien :

Albuminose 0,60.

Pandy et Weichbrodt 0. Leuco. : 1 Benjoin 00000.22222.21100.

B.-W. et Meinicke négatifs.

A. H. — Chez les collatéraux, plusieurs cas d'aliénation mentale et de tuberculose.

A. P. — Excès alcooliques. Il y a 10 ans, accès délirant polymorphe (idées de persécution et idées mystiques) pendant quelques jours.

Depuis cette époque, s'était comportée normalement.

Chez cette malade, comme chez la précédente, on constate une réaction du benjoin du type méningitique et l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. D'autre part, contrairement à la plupart de nos préséniles chez qui prédomine l'euphorie, elle présente l'association d'un état anxieux et d'un délire paranoïde.

OBSERVATION XII. — Lap... Marie, femme P..., 51 ans, plumassière, entre à Maison-Blanche le 22 septembre 1934.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Aînée de sept enfants. Abandonnée par sa mère, recueillie par une tante. Aurait eu une enfance très pénible.

Un enfant mort à 17 mois (méningite), une fausse couche de 4 mois. Kyste de l'ovaire opéré en 1916. Ménopause à 49 ans.

Il y a trois mois, quelques troubles de la mémoire, puis hallucinations auditives et visuelles, idées de persécution. S'était mise à boire à cette époque, alors qu'auparavant elle était sobre.

Au moment de l'internement, excitation très marquée, aisance, euphorie, chants, danses, fausses reconnaissances. Signes d'imprégnation éthylique. A l'Infirmerie spéciale, on pense à une « manie très arrosée » (Dr Heuyer). A Maison-Blanche, outre l'excitation, hallucinations auditives et visuelles, voix appartenant à deux partis opposés ; les uns veulent la réhabiliter, d'autres s'y opposent ; voix de Mistinguett, elle doit la remplacer sur la scène. Elle est restée trois heures sans bouger pour sauver l'enfant de Lindberg. Elle a vu quatre ondes de T. S. F., ressemblant à des boules de nuages, se poser sur sa fenêtre. Elle a un serpent en or dans le ventre et un cœur en or ; ce sera un phénomène pour l'exposition ; elle va avoir une fortune de deux millions.

En raison de l'absurdité du délire, et malgré l'intégrité de l'orientation et de la mémoire et l'absence de troubles des réflexes pupillaires et tendineux, on émet l'hypothèse d'une paralysie générale avec alcoolisme surajouté.

Mais les réactions du sang et du L. C.-R. sont négatives.

T. A. : 17-11.

Azotémie 0 gr. 40 pour 1.000.

Au début de l'hospitalisation se comporte très correctement, mais présente un syndrome hallucinatoire très net avec automatisme mental. Elle est sous l'influence d'une somnambule qui pense avant elle et elle est obligée de répéter ce que lui dit cette femme. Elle sait tout ce que les gens pensent, elle voit la vie entière de tout le monde ; les principautés lui parlent dans le mur. Elle a rêvé de 2 millions, elle ne sait pas si elle va les toucher. On l'électrise deux à trois fois par jour.

A partir du 10 octobre, ne fait plus sa toilette, dit qu'elle la fera chez elle, monologue. Rit. Regarde fixement le soleil, déchire le linge ; ne reste pas au lit, se montre violente avec les autres malades et le personnel.

Novembre-décembre. Fait des difficultés pour s'alimenter, pour faire sa toilette ; bris de carreaux, se couche et urine par terre.

Janvier 1935. Période de calme. Répond correctement mais reste délirante : on l'a rendue malade volontairement ; on provoque chez elle des maux de dents.

Février. Pendant quelques jours, reprise de l'excitation, opposition aux soins, irritabilité.

Mars-octobre. Se montre assez calme, fait sa toilette, s'occupe au ménage ; mais manifeste des idées actives de persécution, se plaint d'entendre constamment des insultes.

Décembre 1935. Excitation, crie sans arrêt. Refuse de manger de la viande sans en donner l'explication.

Mars 1936. Attitude maussade ; ne répond à aucune question, continue à s'occuper un peu à l'intérieur.

A partir de mai 1936, excitation intellectuelle très marquée, irritabilité extrême, crie sans arrêt pendant des heures, mots grossiers, injures, phrases incohérentes, ne se laisse pas approcher ; mange peu. Malgré l'excitation, se livre à quelques travaux de ménage.

Octobre 1936. Euphorique. Fuite des idées ; attention impossible à fixer ; propos très incohérents (il nous manque le sans-gêne, ça fait l'inégalité, le sens contraire ; il manque la boule d'or et le noir et le rouge ; quand on est la préférée, il ne me manque que cela pour être la suprême beauté).

8 novembre. S'intéresse à son mari qui souffre de rhumatismes, lui dit spontanément : quand tu souffriras trop, ne viens pas me voir pour ne pas te fatiguer.

A partir de janvier 1937, reprise de l'excitation intellectuelle ; ne cesse de crier, ne répond pas aux questions, s'alimente peu, dort bien, ne s'occupe que de façon irrégulière.

Transférée en province le 28 février 1938.

On retrouve ici l'association d'un délire hallucinatoire incohérent et de phénomènes d'excitation. Mais ce qu'il faut souligner, c'est l'intensité particulière et la persistance des troubles de l'humeur, de l'irritabilité. A ce point de vue cette observation peut être rapprochée de celle qu'ont publiée il y a quelques années Leroy et Lelong (1). Il s'agit d'une femme de 55 ans, qui présente en juin 1921 des idées de persécution avec hallucinations auditives, olfactives, troubles cénesthésiques. Au bout de 6 mois excitation, désordre des actes, tentative de suicide. A partir de cette époque : pauvreté idéique, troubles de l'attention, mobilité de l'humeur, irritabilité extrême, incohérence démentielle, stéréotypies verbales et motrices, indifférence, incuriosité, malpropreté. Quelques éclairs de lucidité montrent que la mémoire est relativement conservée. Les auteurs insistent sur l'irritabilité particulière de la malade qui paraît toujours sous pression. Sa colère éclate à la moindre provocation, sans crise d'excitation spontanée.

* * *

Voici maintenant quelques observations où l'on voit une psychose délirante survenue à la période d'involution aboutir rapidement à un état d'affaiblissement intellectuel. Il s'agit là d'un processus analogue à celui qu'a décrit M^{me} Thuillier-Landry dans les délires à évolution démentielle rapide.

La première de ces observations (ob. XIII) forme, en quelque sorte, transition entre les cas décrits précédemment et ceux-ci en raison de l'existence de phénomènes d'excitation assez accentués pour justifier le diagnostic d'excitation maniaque.

(1) LEROY et LELONG, Démence profonde survenue rapidement chez une femme de 55 ans. *Soc. clin. ment.*, 20 décembre 1926.

OBSERVATION XIII. — Pey... Marie, femme Mar..., 43 ans.

A toujours eu un caractère méfiant et jaloux. A quitté très jeune sa famille parce qu'elle ne pouvait s'accorder avec sa sœur et sa mère. Dès les premiers jours de son mariage, scènes au mari, n'a jamais pu garder longtemps une domestique.

Traitée pour goitre exophtalmique en 1926.

Travaillait beaucoup (couturière). S'est surmenée surtout à partir de 1933, son mari étant malade et incapable lui-même de travailler. En 1934 constipation opiniâtre ; troubles urinaires (colibacillose). Un examen radiologique aurait montré une ptose gastrique et un rein flottant. A partir de cette époque devient de plus en plus irritable et méfiante. En outre modification des sentiments religieux ; prie constamment pour la guérison de son mari. Le 16 juin 1934, à l'église, crise d'agitation. Exprime des idées mystiques : « son mari paie les fautes commises par les siens ; elle-même régénérera tout ».

Admise à l'hôpital Henri-Rousselle le 19 juin 1934 à l'âge de 44 ans. Deux certificats des D^{rs} Courtois et Dupouy posent le diagnostic de confusion mentale chez une déséquilibrée, et notent la désorientation, l'obnubilation, l'incohérence des propos, les fausses reconnaissances, les hallucinations auditives et visuelles. Voix de sainte Thérèse qui lui dit qu'elle sera l'Immaculée Conception ; un démon est devant ses yeux qui lui parle. Dieu l'inspire et la Sainte Vierge la commande. Elle a vu la transfusion du sang sous tous les rayons d'Extrême-Orient ; elle veut changer la constitution pour que tous soient égaux par sélection. Placée pendant deux ans dans le Service du D^r Capgras à Sainte-Anne, elle présente un état d'excitation avec logorrhée, propos décousus, déclamations mystiques, illusions visuelles, fausses reconnaissances multiples. Euphorie, attitudes théâtrales. Elle est transférée à Maison-Blanche le 23 mai 1936 avec le diagnostic d'excitation maniaque. Depuis cette époque jusqu'au 9 mai 1938, date de son transfert en province, son état ne s'est pas modifié. Loquacité, fuite des idées, monologues, rires, déclamations incohérentes, tantôt en français, tantôt dans une langue incompréhensible. Attention très difficile à fixer ; les questions sont comprises, mais les réponses sont absurdes ou fantaisistes. Elle est née au ciel, elle est l'ancienne reine d'Espagne, le médecin est prussien et elle aussi, elle ne sort pas du royaume des cieux.

Parle d'une voix très calme sans élever la voix ; gestes maniérés. A d'autres moments chante, danse, se montre impulsive et violente ; taquine souvent les autres malades, les frappe, prend leurs provisions, va les jeter. S'alimente irrégulièrement, ne fait pas sa toilette

seule. Se montre très indifférente à l'égard de son mari et de son fils.

Examen neurologique négatif.

Sang et L. C.-R. normaux.

Azotémie 0 gr. 40.

T. A. 11-5.

OBSERVATION XIV. — Dej... Antoinette, 47 ans, domestique. Sans travail depuis le 30 janvier 1934. Peu après, idées de persécution avec hallucinations auditives : on l'accuse de dire du mal d'une voisine, on l'insulte, on dit qu'elle est une donneuse, une indicatrice. On répète sa pensée.

A Maison-Blanche où elle est admise le 26 mars 1934, le syndrome hallucinatoire reste très actif ; soliloques, isolement, réactions agressives et clastiques fréquentes ; mimique caractéristique. En août amaigrissement, hémoptysies, bacilloscopie négative, mais l'examen radiologique montre une infiltration des deux sommets pulmonaires. En 1935 amélioration progressive de l'état général. Alternatives de dépression et d'excitation. Idées de négation, d'immortalité, d'énormité : elle n'a pas de corps, sa tête est dans la terre, elle est morte. Elle n'a pas de nom, elle est la planète, la sirène, le firmament ; elle est gonflée ; la sirène ne peut mourir. Absence d'anxiété, désorientation, malpropreté, indocilité.

Aucun renseignement sur les antécédents.

Aménorrhée. Absence de glandes mammaires et de mamelons.

Absence de poils. Agénésie utéro-vaginale.

Acrocyanose.

Absence de signes neurologiques.

Sang et L. C.-R. normaux.

OBSERVATION XV. — Mil... femme Mar..., ouvrière d'arsenal, 56 ans.

A. H., une sœur internée.

A. P., tempérament nerveux, impressionnable. Sujette à des migraines. En 1918 à la suite de la mort d'un enfant, est restée « troublée » pendant une huitaine de jours ; crises nerveuses, voulait qu'on aille chercher l'enfant au cimetière.

Depuis deux ou trois ans se plaignait de ses camarades d'atelier, disait qu'elles lui voulaient du mal, mais s'en tenait à ces quelques plaintes.

En février 1939, très affectée par la maladie de sa fille, atteinte d'abcès pulmonaire. Avait peur qu'on lui enlève ses enfants. Recrudescence des idées de persécution.

En juillet 1939. Délire hallucinatoire très actif, mauvaises odeurs (moutarde). Voix tantôt lointaines, tantôt rapprochées ; insultes, reproches, ordres. Prise et écho de la pensée, sentiment d'influence. On l'oblige à parler malgré elle et parfois on l'empêche de parler. On lui fait apercevoir dans les arbres des personnages, des animaux. On lui a déformé la bouche, raccourci les jambes. Tout cela est enregistré par des postes de radio. Elle sent très mauvais à cause des produits qu'on lui introduit dans le corps par des aimants. Si elle ne se laisse pas faire on lui arrache tout. Au cours d'une nuit, cinq hommes lui ont anémié le cerveau avec des lampes qu'ils projetaient sur elle ; ils lui ont séché la gorge, retiré un éclat dans les yeux ; ils voulaient la mettre sur la chaise électrique. Ces gens, elle ne les voit pas, ils l'endorment. On lui a barbouillé la figure avec des couleurs rouges. Elle n'est pas folle, mais elle est anémiée, elle n'a plus de forces.

Aucun trouble de l'orientation et de la mémoire. Attitude variable, tantôt anxieuse, tantôt souriante. Réactions humores négatives. T.A. 13-6. Azotémie 0 gr. 30.

A l'hôpital sédation rapide des troubles hallucinatoires ; la malade parle en souriant de ses idées délirantes, mais sans toutefois les rectifier : ce n'est rien, ça se passera. Elle peut avoir été fatiguée. Reproche à son entourage de l'avoir fait hospitaliser.

Quelques troubles de la mémoire.

Difficultés pour écrire une lettre (ce qui n'existait pas auparavant). En somme évolution rapide vers un état d'affaiblissement intellectuel.

OBSERVATION XVI. — G... Marguerite, 52 ans. Entre à Maison-Blanche le 7 juillet 1936.

Domestique sans travail, hospitalisée à Nanterre. Début des troubles mentaux il y a deux mois. Délire hypocondriaque : une pilule lui est restée dans la gorge, elle a l'estomac gâté, tout le corps serré, elle est prise par les pieds, par le ventre. Absence de dépression et d'anxiété. Excitation intellectuelle, attitude expansive, demande en souriant qu'on la tue. Mémoire, attention, orientation satisfaisantes. Fond de débilité intellectuelle. Les idées hypocondriaques s'atténuent assez rapidement, mais sans disparaître complètement. La malade reste indifférente et satisfaite.

C. — PSYCHOSES A EVOLUTION FAVORABLE

1^o *Formes curables.*

C'est surtout dans les états dépressifs préséniles que l'on a signalé des cas de guérison ou d'amélioration. Mais cette évolution favorable se rencontre aussi dans les formes délirantes.

Wille (1) qui, dès 1873, distingua les psychoses de la vieillesse de la démence sénile, s'appuyant sur une statistique empruntée à trois asiles différents, conclut que les psychoses de la vieillesse sont curables dans la proportion d'un quart.

Contrairement aux opinions pessimistes de Régis, de Pécharman, Thivet et Ritti admettent que la folie du vieillard est souvent curable.

Levert (2), dans sa thèse écrite sous l'inspiration de Lwoff, insiste sur la guérison de certains accès délirants du vieillard. Il cite, entre autres, trois cas de délire hallucinatoire (observations V, VI, VIII), disparaissant au bout d'un temps variable (5 à 10 mois) sans affaiblissement intellectuel. Comme pathogénie il admet l'auto-intoxication, mais sans en fournir de preuves, en se contentant d'invoquer les théories de Bouchard, de Huchard, de Metchnikoff et aussi l'analogie des troubles observés chez ses malades avec ceux que l'on observe dans les intoxications d'origine externe, notamment l'alcoolisme.

Gaupp (3) a cité des cas de psychoses préséniles qui donnaient l'impression d'un état démentiel et qui ont évolué vers la guérison.

Lange qui, comme nous l'avons dit, a observé des psychoses préséniles où des troubles circulaires s'associaient aux phénomènes délirants, a vu des cas de guérison complète.

Petren (4) a consacré une étude aux guérisons tardives des psychoses ; il pense que ces guérisons sont relativement fréquentes dans les états séniles et préséniles.

(1) WILLE, *loc. cit.*

(2) LEVERT, Contribution à l'étude des psychoses de l'involution sénile. *Th. de Paris*, 1907.

(3) GAUPP, Les états dépressifs de l'âge avancé de la vie. *Munch. med. Wochenschrift*, n° 32, 1905, p. 1531.

(4) PETREN, Guérison tardive des psychoses. Stockholm, 1908.

Robert, dans son rapport du Congrès de Paris en 1925, a cité des cas analogues.

Runge mentionne des guérisons survenues chez des préséniles, après des troubles mentaux qui s'étaient prolongés pendant 7 à 8 ans.

Halberstadt (1) a relaté l'observation d'une femme de 51 ans à hérédité chargée qui, à la suite de soucis et de surmenage, présenta des troubles dépressifs suivis d'une phase d'excitation confusionnelle. Puis apparut une période stuporeuse avec symptômes catatoniques et finalement un état pseudo-déméntiel (verbiage incohérent, idées de grandeur, de négation, opposition, gâtisme). Au bout de six ans la guérison survint et la malade put quitter l'asile. Le même auteur a rencontré ultérieurement un cas semblable. Il se demande si le diagnostic le plus adéquat ne serait pas : accès dégénératif chez une prédisposée, en se basant sur l'hérédité, l'influence du surmenage et des émotions déprimantes, le polymorphisme et le caractère atypique du tableau clinique, la guérison complète. Cependant il se défend de toute affirmation catégorique et il lui paraît difficile de ranger avec certitude ce cas dans un des cadres psychiatriques actuellement admis.

P. Chatagnon, P. Scherrer et M^{lle} C. Chatagnon (2) ont publié l'observation d'une femme de 45 ans, hyperémotive, présentant les phénomènes caractéristiques de la ménopause et chez laquelle se manifestèrent des troubles de l'humeur et du caractère, puis un état d'inquiétude avec interprétations, rumination mentale, enfin une crise hallucinatoire déclanchée par un choc émotionnel intense. Ce délire hallucinatoire pouvait en imposer pour une psychose chronique ; cependant il disparut totalement en trois mois. Ce qu'il y eut de particulier c'est que la crise hallucinatoire s'accompagnait de troubles vasculaires et surtout d'une hypertension artérielle moyenne, contemporaine de la ménopause ; or il se produisit une régression parallèle de l'hypertension et des troubles mentaux.

J. Vié et A. Patel (3) ont observé chez plusieurs délirantes pré-

(1) HALBERSTADT, Un cas atypique de psychose présénile. *Encéphale*, nov. 1936, p. 671.

(2) P. CHATAGNON, P. SCHERRER et M^{lle} C. CHATAGNON, Psychose hallucinatoire curable de la ménopause et poussée hypertensive. *Soc. méd.-psych.* Séance du 28 mars 1938.

(3) J. VIÉ et A. PATEL, Suspension rapide des hallucinations lors de l'internement chez des délirants préséniles. *Soc. méd.-psych.* Séance du 16 novembre 1938.

séniles la suspension totale des processus hallucinatoires dès le début de l'internement, pendant que le délire restait stationnaire ou rétrocedait lentement. Les auteurs pensent qu'en pareil cas l'internement paraît agir à la façon d'un choc émotif intense, ou de chocs émotifs répétés, car « il comporte une charge affective et biologique d'une intensité infiniment plus grande que tous les chocs thérapeutiques ». La sédation des hallucinations peut d'ailleurs n'être que momentanée.

Les deux cas rapportés ci-après donnaient l'impression de psychoses chroniques et même d'états démentiels. Les troubles mentaux ont cependant rétrocedé au bout de quelques mois.

OBSERVATION XVII. -- Man... Léa femme Ch..., 44 ans. Entre à Maison-Blanche le 25 octobre 1936.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Troubles hépatiques mal définis (pas de crise ictérique ou lithiasique). Absence d'éthylisme. De Paris est venue habiter la banlieue en 1928. Aurait été très contrariée de ce changement d'existence. Ne fréquentait personne. Sortait peu. Tendance à croire qu'on lui voulait du mal. Cinq semaines environ avant l'internement, se plaignait de maux imaginaires, refusait de s'alimenter : voulait sortir nue pour se punir.

A l'hôpital psychiatrique, délire hallucinatoire mal systématisé ; Idées de persécution, idées hypocondriaques, idées de culpabilité. Depuis plusieurs années hostilité des gens à son égard. Actuellement tout le monde lui en veut. Voix de son mari, de sa fille. Réponses à la pensée. Accusation de vol qu'elle n'a pas commis. Ordre de partir à l'échafaud, geste de lui couper le cou. Visions d'ombres, de serpents, de mauvaises odeurs. Elle souffre de partout, elle avait l'estomac percé, elle n'aurait pas dû manger. Elle mérite la mort parce qu'elle a une petite fille de 6 ans qui a été tuée. Elle a sacrifié sa famille. Interprète les gestes des autres malades, du personnel. Déficit de l'orientation et de la mémoire ; erreurs de date ; oubli de son passage à l'Asile Clinique.

Inertie, inactivité. Il faut veiller à sa toilette, à son alimentation.

Discordance très marquée entre l'état dépressif et le contenu du délire d'une part, et d'autre part l'attitude fréquemment souriante. Examen organique et neurologique négatif. T. A. 12,5-6. Azotémie 0 gr. 25. Sang et L. C.-R. normaux.

Cet état persiste jusqu'en mai 1937. A partir de ce moment reprise de l'activité, rectification des idées délirantes.

Sortie le 1^{er} août 1937.

OBSERVATION XVIII. — Vin... Anna femme M..., entre à Maison-Blanche le 21 janvier 1939 à l'âge de 61 ans avec le diagnostic de psychose hallucinatoire présénile, porté à l'hôpital Henri-Rousselle (D^r Pichard) et au Service de l'Admission (D^r Xavier Abély). A l'entrée, hallucinations multiples : ouïe, vue, odorat, sensibilité générale. Ses voisins la tourmentent depuis trois ans. Elle a déménagé plusieurs fois mais tout a recommencé. Quand elle ne souffre pas elle voit bien que ce sont des bêtises, que cela n'existe pas, mais ensuite elle recommence à souffrir. Elle a été deux fois à la Salpêtrière, au bout d'un mois elle était guérie, puis retombait.

En réalité, il y a trois ans, ictus avec hémiplégie gauche. Soignée à Beaujon puis à la Salpêtrière. Hospitalisée de nouveau à la Salpêtrière en juin 1938 ; les troubles actuels auraient débuté brusquement en janvier.

A Maison-Blanche, alternatives de calme et même d'euphorie et d'irritabilité, insulte le personnel, se plaint aux visiteurs, récrimine contre la nourriture. Quelques troubles de la mémoire dont elle a conscience. Etat général médiocre. Emphysème, hypertension artérielle 20-7. Hyposystolie. Réflexes plantaires en flexion. Inégalité des réflexes rotuliens, plus faibles à droite. Réactions humérales négatives.

Au bout de quelques semaines, disparition des troubles hallucinatoires ; rectification des idées délirantes.

Sortie le 2 avril.

Chez cette dernière malade on peut admettre une certaine influence des troubles organiques sur l'état mental. D'où l'heureuse action du repos et du traitement des troubles cardiopulmonaires. Dans d'autres cas il s'agit de « psychoses de réaction », suivant la terminologie de Bleuler et de Kretschmer, survenues à la suite d'événements pénibles, événements qui sont particulièrement fréquents pendant la période présénile (deuils, soucis matériels, crainte de l'avenir), nous y reviendrons ci-après. C'est ce qui a conduit Jacobi à isoler parmi les psychoses préséniles, des formes psychogènes ou réactionnelles, formes qui se rapprochent, comme l'a remarqué Halberstadt, des bouffées délirantes des dégénérés décrites par Magnan et ses élèves.

2^o *Délires rétrogrades (délires d'évocation).*

A côté des formes curables, on observe des états délirants préséniles qui, sans aboutir à une guérison complète, restent fixés dans le passé. A l'hôpital les malades se comportent très correctement, ne présentent ni interprétations ni hallucinations. Mais si on les interroge sur les troubles antérieurs on voit que leurs convictions délirantes demeurent entières. En voici des exemples :

OBSERVATION XIX. — Del G... Vve Ol..., 64 ans, entre à Maison-Blanche le 18 mars 1939.

Pas d'hérédité connue.

Dans les antécédents, phlébite post-puerpérale il y a 20 ans. Endocardite ancienne. Pas d'alcoolisme. Ménopause à 57 ans.

Les troubles mentaux aigus sont d'apparition récente : deux mois avant l'internement, la malade se montrait préoccupée parce que son fils était sans travail. Début par des idées de persécution : croyait qu'on voulait lui enlever sa pension (mari et fils tués à la guerre).

Elle présente un syndrome hallucinatoire à prédominance auditive ; automatisme mental, énonciation des actes, voix très nettement perçues, injures, menaces. Idées de préjudice ; une voisine l'insulte constamment, sait tout ce qui se passe chez elle ; depuis son départ elle a tout volé. En réalité les idées de préjudice semblent plus anciennes : il y a deux ans, sous prétexte de réparations on a tout fouillé chez elle et pris ce qu'on a voulu. A l'hôpital, on continue à la poursuivre, on tue ses enfants ; on est venu pour la fusiller elle-même mais un jugement est intervenu qui a tout arrêté. On a fait venir Mussolini pour ce jugement. Sa fille est morte à Saint-Louis ; elle l'a appris par son petit-fils qui est venu pleurer sous les fenêtres de l'hôpital. Son autre fils s'est tué sur la tombe de son frère, son gendre est devenu fou. Elle n'a plus de famille, plus d'enfants, et son domicile a été entièrement dévalisé. Précise bien qu'elle entend dire tout cela « par des communications sans appareil ».

Toutes ces catastrophes sont énoncées sans la moindre réaction émotionnelle. La malade ajoute : heureusement que j'ai le cerveau solide. Aucun trouble de l'orientation, de la mémoire, de l'attention.

Les visites de ses enfants ne modifient pas les convictions délirantes. Après leur départ, continue à dire qu'ils sont morts. Fait des difficultés pour s'alimenter en raison de craintes d'empoisonnement. Se montre

irritable, refuse de se lever, de s'habiller avec les effets de l'hôpital. A d'autres moments euphorique, plaisante avec le médecin.

Souffle systolique de la base. T. A. 21-6. Inégalité des réflexes tendineux plus faibles à droite, réflexes achilléens abolis, réflexes plantaires en flexion. Urée 0 gr.38 p. 1.000. Traces d'albumine, présence d'urobilin-Bilirubine 0 gr. 040 p. 100. K. 0,477. Sérum et L. C.-R. normaux.

Le 26 avril état comateux avec chute tensionnelle 15-8, urée 0 gr. 28, résolution musculaire, Babinski à droite. La malade se réveille dans la soirée, sans présenter de séquelles motrices. Le 5 mai obnubilation de courte durée avec troubles subjectifs cardio-respiratoires (palpitations, dyspnée) chute tensionnelle 13-5. Bradycardie (51).

12 mai : Excitation coléreuse. Résistance aux soins. Opposition à l'alimentation. Persistance des hallucinations.

Les derniers jours de mai se montre plus calme, les hallucinations sont atténuées, la malade s'alimente mieux, se lève régulièrement.

Juillet : Se trouve très bien, insiste pour obtenir sa sortie ; elle n'entend plus de voix, elle est tranquille, mais elle est sûre d'en avoir entendu, elle se demande d'où cela pouvait provenir. Elle a bien entendu ses enfants crier. Puis arrive à rectifier les hallucinations se rapportant à la mort de ses enfants, alors qu'elle reste convaincue de la réalité des insultes proférées par les voisins au moyen d'un haut parleur. N'admet pas qu'il ait été nécessaire de l'hospitaliser. Sortie autorisée le 16 septembre 1939, la malade se comportant de façon normale.

Chez cette malade, outre l'existence d'idées de préjudice, ce qu'il y a de particulier c'est que le délire hallucinatoire à caractère pénible et même terrifiant (meurtre, suicide, folie de tous ses enfants) ne s'accompagne d'aucune manifestation affective.

Cette discordance jointe à l'absurdité de certaines conceptions (arrivée de Mussolini pour prendre part à un jugement la concernant) traduit l'affaiblissement présénile, malgré l'absence de troubles mnésiques. D'autre part il est remarquable que l'apparition de complications cérébrales vasculaires n'a pas empêché les troubles mentaux d'évoluer sinon vers une guérison totale du moins vers une guérison pratique, la malade ne délirant plus « qu'au passé ».

OBSERVATION XX. — Vui... Jeanne Vve Mo..., entrée à Maison-Blanche le 9 janvier 1939, à l'âge de 59 ans.

Ouvrière d'usine ; a perdu son emploi en 1930. A partir de ce moment

idées de persécution ; se plaint d'entendre la T. S. F., propos hostiles, changement de caractère ; de douce et affectueuse devient morose, indifférente envers ses proches, dit n'avoir plus de goût à rien. Un jour elle brûle tous ses papiers, y compris son livret de pension et son livret de caisse d'épargne.

Fin 1938, plainte signée de 26 locataires qui signalent de l'agitation surtout nocturne, des cris par les fenêtres, des insultes aux voisins et à des personnages imaginaires.

A l'hôpital psychiatrique se montre lucide, bien orientée, travaillant régulièrement. Au début dormait mal, restait assise sur son lit, parlait seule mais s'est très rapidement calmée. A toujours été extrêmement réticente au sujet de ses idées délirantes ; elle ne s'est jamais plainte, n'a jamais fait de bruit ; ce sont les voisins qui étaient bruyants parce qu'ils rentraient tard dans la nuit. Ce n'est qu'après des interrogatoires très serrés qu'elle se livre peu à peu. On l'empêchait de trouver du travail, partout on disait que c'était complet ; de même pour les logements qui avaient tous des prix impossibles. Elle ne sait pas ce qu'on avait contre elle ; c'est la jalousie, la méchanceté, l'intérêt. Elle possédait un peu d'argent, des économies, sa pension de veuve de guerre ; on pouvait s'emparer de ses papiers, toucher l'argent à sa place. On ne lui a jamais parlé directement, elle a cependant entendu des menaces, quand on l'insultait elle répondait. On voulait l'asphyxier et prendre ce qu'elle possédait ; c'est pourquoi elle a tout brûlé.

A l'hôpital, personne ne lui a fait de mal.

S'exprime toujours en souriant. Se désintéresse de sa famille. N'émet jamais de protestations spontanées contre l'internement, mais chaque fois qu'on l'interroge déclare qu'elle n'a jamais été malade et qu'elle voudrait sortir.

Aucun signe somatique et humoral.

Proposée pour placement dans une colonie familiale.

OBSERVATION XXI. — K... Marie-Louise Vve R..., 57 ans, infirmière masseuse. Entrée le 9 décembre 1935. Délire hallucinatoire de persécution d'apparition récente (octobre).

Automatisme mental, hallucinations auditives, troubles cénesthésiques. Elle est ensorcelée par une de ses malades ; un chat blanc qu'elle ne voit pas mais qu'elle entend, la suit partout, la griffe. Chaque fois que cette bête la touche, elle est paralysée. Élément éthylique. Absence d'affaiblissement intellectuel. Absence de signes neurologiques et humoraux, sauf une légère albuminorachie 0 gr. 60.

Calme, euphorique. A l'hôpital disparition rapide des troubles sensoriels, mais persistance des convictions délirantes. Méconnaissance complète de l'état morbide. Transférée à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron le 21 mars 1936.

OBSERVATION XXII. — Fau... Madeleine Vve Ib..., 52 ans, est l'objet d'un placement d'office le 15 décembre 1938 pour une psychose délirante avec interprétations multiples de paroles, d'actes, de coïncidences, d'articles de journaux, probabilité d'hallucinations auditives, idées délirantes systématisées de persécution, de calomnie, d'érotisme, désignation du principal persécuteur : le concierge, qui lui en veut parce qu'elle l'a dénoncé au gérant : réactions vives, insultes, lettres au préfet de police et à la justice, excitation psychique, loquacité, maniérisme, vanité (Dr Xavier Abely).

Hospitalisée à Moisselles du 23 décembre 1938 au 11 septembre 1939, est alors transférée à Maison-Blanche.

Actuellement malade très calme, euphorique, maniérée, aimable, coquette. Bien orientée, aucun trouble mnésique. Parle avec complaisance de son studio, de ses relations. Pas plus à Maison-Blanche qu'à Moisselles et à Sainte-Anne, elle n'a remarqué rien d'anormal. Elle occupait son appartement depuis le 8 juin 1937 ; au début le concierge se montrait fort convenable. A plusieurs reprises, dégâts dans son appartement à cause d'une chaudière en mauvais état ; devant l'inertie du concierge elle a écrit au propriétaire. A partir de ce moment, insultes, arrêt de l'ascenseur en marche, menace de mort. A deux reprises, allusions dans les journaux à son sujet : c'est un locataire qui a provoqué ces insertions à l'instigation du concierge.

Aucun symptôme d'affaiblissement intellectuel.

Réactions sérologiques négatives.

Azotémie 0 gr. 18-0 gr. 35. T. A. 14-61/2.

OBSERVATION XXIII. — Ha... Marie-Thérèse, est internée le 5 avril 1938 à l'âge de 54 ans. Depuis 18 mois ses voisins l'injurient, la menacent, lui envoient de mauvaises odeurs. Elle s'est plainte de ces agissements au commissaire de police et proteste contre son hospitalisation.

A l'hôpital de Moisselles, le Dr Vié (6 avril), fait le diagnostic de psychose hallucinatoire d'involution. Dès la quinzaine on note que tout en maintenant ses accusations contre ses voisins, elle reconnaît qu'à l'hôpital personne ne lui est hostile et qu'elle ne constate rien d'anormal. Cette attitude persiste pendant toute la durée du séjour à Moisselles.

A Maison-Blanche où elle est transférée le 11 septembre 1939, M^{lle} Ha... reste très calme, docile, s'occupant de façon régulière. Elle n'a nullement l'attitude d'une persécutée, se montre aimable, enjouée, serviable, ne se plaint de rien en ce qui concerne l'hôpital, mais elle conserve toutes ses convictions délirantes antérieures. Elle habitait depuis 25 ans la même maison, n'avait eu à se plaindre de personne jusqu'à l'arrivée de nouveaux locataires le 20 octobre 1936 : ceux-ci faisaient beaucoup de bruit notamment avec leur poste de T. S. F. ; elle s'en est plainte, et ils ont cherché à se venger ; d'autre part ils étaient communistes, alors que ses sympathies allaient à la Fédération Républicaine ; elle croit aussi qu'ils voulaient occuper son appartement. Ils l'injuriaient, la diffamaient constamment ; ils avaient branché des fils téléphoniques sur la colonne montante d'électricité. D'où sa plainte au commissaire de police.

Aucun symptôme apparent d'affaiblissement intellectuel, mais écrit fréquemment à de nombreuses personnalités d'intervenir en sa faveur, de venir la voir à l'hôpital.

Examens humoraux négatifs. Azotémie normale.

T. A. 14-6 1/2.

Aucun signe neurologique.

La malade est proposée pour un placement à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron.

* * *

Ces faits sont à rapprocher de ceux que Legrain (1) a décrits autrefois sous le terme imagé de « délire à éclipse ». Le malade disait-il, parle de son délire au passé ; il en parle comme d'une chose finie ; c'est un délire rétrospectif. Legrain avait surtout en vue des états aigus, paroxystiques, en particulier chez des alcooliques, et il insistait sur le déficit intellectuel de ces malades, débiles ou affaiblis, sur leur émotivité, sur le rôle capital des hallucinations et de la phase initiale de pantophobie. Il considérait ce processus de l'éclipse comme un mode de guérison assez fréquent.

A. Delmas (2) a critiqué l'assimilation faite par Legrain du délire à éclipse à un délire rétrospectif. « On appelle d'ordinaire délire rétrospectif un état délirant actuel basé sur des interpré-

(1) LEGRAIN, Les folies à éclipse. Paris, Blond, 1910.

(2) A. DELMAS, Les psychoses post-oniriques. Rapport au Congrès de Luxembourg, 1920, p. 37 et p. 53.

tations actuelles de faits anciens et perçus en leur temps avec leur signification réelle. Le délire à éclipse, au contraire, est un délire ancien qui a cessé d'exister en tant que délire proprement dit et qui ne se manifeste plus que par l'évocation mnésique. » Et il a proposé le terme de « délire d'évocation » pour indiquer que le trouble morbide n'a d'existence actuelle que par l'évocation de l'état délirant passé ; c'est une conviction délirante posthume par rapport au délire. En l'espèce Delmas n'appliquait cette terminologie qu'aux idées fixes post-oniriques. Nous proposons pour notre part l'expression de délires rétrogrades, pour désigner, de façon beaucoup plus générale, tous les délires relatifs au passé.

Nos observations montrent que cette particularité existe chez certains délirants préséniles. Le processus délirant se limite exclusivement aux faits passés. La malade se comporte normalement mais est incapable de rectifier le délire antérieur. Il s'agit là d'un trouble persistant du jugement.

TROISIÈME PARTIE

CONSIDÉRATIONS NOSOGRAPHIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

Nous venons de voir quelles sont les constatations cliniques qui ont conduit un certain nombre d'auteurs à décrire et à isoler, dans la nosologie psychiatrique, des psychoses délirantes préséniles, ou si l'on aime mieux des psychoses préséniles à prédominance délirante (Halberstadt), compte tenu de la complexité de ces états psychopathiques, mais cette conception est loin d'avoir recueilli l'adhésion de tous les aliénistes. En regard, nous trouvons d'autres thèses que nous allons maintenant examiner.

Ecartons tout d'abord, pour les raisons que nous avons dites au début, la théorie qui rattache à l'artériosclérose cérébrale tous les troubles psychiques d'involution, et qui a trouvé son expression la plus absolue dans la formule de Meissner : les seules psychoses séniles et préséniles que l'on puisse délimiter sont les psychoses dues incontestablement à l'artériosclérose. Nous avons vu qu'une série de recherches anatomocliniques s'inscrivent contre cette manière de voir et qu'il existe des troubles psychiques séniles et préséniles indépendants de tout processus artérioscléreux. Rappelons toutefois que dans les cas qui nous occupent les associations morbides sont fréquentes et que l'artériosclérose peut venir se surajouter à des troubles psychiques antérieurs.

La démence sénile à début délirant.

On sait que la démence sénile est ordinairement précédée d'une période prodromique, qui, au sens étymologique, constitue précisément la période présénile. On peut donc se demander si les troubles délirants que nous venons d'étudier ne consti-

tuent pas la phase de début d'une démence sénile et s'ils n'aboutissent pas, en tout état de cause, à cet état démentiel bien caractérisé. Telle est l'opinion de Krafft-Ebing, pour qui les psychoses du cerveau sénile sont ordinairement les prodromes ou des épisodes d'une démence sénile ; il admet cependant que dans de rares cas, elles se terminent sans laisser trace d'affaiblissement intellectuel.

Nous avons vu que M^{lle} Pascal et Courbon considèrent le délire de préjudice présénile comme une forme atténuée de la démence sénile et que Dide et Guiraud, tout en décrivant des délires involutifs sans affaiblissement intellectuel (psychose de récrimination), estiment que dans la majorité des cas le délire de préjudice et le délire involutif de jalousie constituent le prélude d'une démence sénile.

Seelert ne fait aucune distinction entre les troubles séniles et préséniles, suivi en cela par Rouquier.

Raymond Mallet estime que la psychose d'involution constitue un des modes de début de la démence sénile, le mode délirant, et la rattache à l'artériosclérose cérébrale.

Il est, certes, bien établi que la démence sénile peut débiter par des manifestations délirantes qui, selon le cas, persistent ou s'estompent à la période d'état. Mais, chez de tels malades, on constate bientôt les signes caractéristiques de l'affaiblissement intellectuel sénile : déficit de la mémoire, troubles du jugement, lenteur des associations, manque d'initiative intellectuelle, pauvreté de l'idéation, troubles affectifs. Il n'est pas douteux que ces malades diffèrent des délirants préséniles type Kleist, Serko ou Halberstadt que nous avons en vue. On peut dire, il est vrai, que ces préséniles présentent également de l'affaiblissement psychique. Mais celui-ci a des caractères très particuliers qui l'apparentent plutôt — en dépit de l'âge des malades — à la démence précoce qu'à la démence sénile : la mémoire et l'orientation ne sont pas touchées ; l'affectivité peut être conservée, tout au moins dans les formes paraphréniques, de même que l'attention et qu'une certaine activité pragmatique. Ce qui traduit l'affaiblissement psychique, c'est l'absurdité des idées délirantes, le trouble du jugement, l'état discordant, et aussi une certaine persévération qui donne aux propos, sinon un caractère stéréotypé, du moins un accent de monotonie.

Il n'est pas exclu, toutefois, qu'un état de démence sénile vienne succéder, au bout d'un temps plus ou moins long, à un syndrome présénile paranoïaque ou paraphrénique. L'interprétation de pareils cas est très délicate ; ils soulèvent la question de l'état terminal des psychoses, de la démence « vésanique » qui demanderait, à elle seule, de longs développements et que nous ne pouvons entreprendre de traiter ici (1). Notons que sur ce point deux conceptions peuvent également s'affronter : celle qui considère la démence sénile comme une complication du processus délirant, au même titre qu'une démence d'origine vasculaire ; celle qui admet que le syndrome délirant et le syndrome démentiel sont deux phases de la même affection. Seule l'anatomie pathologique peut trancher le débat.

Quoi qu'il en soit, et du point de vue clinique, il semble légitime de séparer d'une part les états délirants qui sont le prélude de la démence sénile et d'autre part ces délires d'involution à forme paranoïaque, paranoïde ou paraphrénique, qui présentent des caractères bien différents et qui n'aboutissent pas nécessairement à l'affaiblissement intellectuel sénile.

Les formes tardives des délires systématisés.

Il convient maintenant d'examiner si ces délires d'involution doivent ou non être distingués des délires plus ou moins systématisés de l'adulte.

Une première discrimination s'impose. Il existe des états délirants qui apparaissent à un âge avancé, sans se distinguer en rien des types cliniques habituels. Sérieux et Capgras ont décrit une variété tardive du délire d'interprétation (2), apparaissant après la quarantaine. Mais les malades ont manifesté antérieurement les traits caractéristiques des interpréteurs, se plaignant de la malveillance d'autrui, faisant leur propre apologie. Sérieux et Capgras spécifient nettement que ce délire d'interprétation tardif ne relève pas des troubles de l'involution ; il n'est que l'exagération de la manière d'être habituelle des malades, sous l'influence des premières atteintes de la sénilité.

(1) Cf. VILLEMEZ, Les démences vésaniques. Toulouse, 1938, thèse écrite sous l'inspiration du Dr Jacques VIÉ.

(2) SÉRIEUX et CAPGRAS, Le délire d'interprétation, p. 159.

De même, Delmas (1) a employé le terme de : Psychose hallucinatoire d'involution, pour caractériser une forme de psychose hallucinatoire chronique qui se manifeste aux approches de la vieillesse chez des malades qui ne présentent ni affaiblissement intellectuel, ni antécédents psychopathiques. Comme particularités on note une sémilogie surtout auditive, l'apparence pseudo-onirique, avec prépondérance vespérale et anxiété, des symptômes d'artériosclérose, d'hypertension, d'insuffisance hépato-rénale. Ici encore l'involution n'intervient qu'à titre de cause favorisante et la psychose se rattache aisément à la forme classique.

Même remarque enfin à propos des psychoses dégénératives des vieillards. Magnan, Pécharman, admettent que, sous l'influence de l'âge, peuvent apparaître tardivement des états délirants analogues à ceux de l'adulte. Nous avons vu qu'Halberstadt, tout en restant dans l'expectative, se demande si certains cas de psychose présénile qu'il a observés ne rentrent pas dans cette catégorie.

Ces diverses éliminations faites, nous pouvons aborder le nœud du problème et nous demander quelle est la situation nosologique des délires d'involution paranoïaques et paraphréniques décrits par divers auteurs et qui font l'objet de ce travail.

Le problème nosologique des délires d'involution.

Nous ne nous attarderons pas sur le délire de préjudice de Kraepelin, pour les raisons que nous avons déjà indiquées plus haut. Les observations de Kraepelin sont restées isolées et sa description n'a guère été confirmée, sauf de très rares exceptions. Ceci diminue considérablement l'intérêt pratique de ce syndrome. Aussi bien, Kraepelin lui-même s'est demandé s'il s'agissait d'une affection autonome ou d'un épisode particulier évoluant au cours d'une autre psychose (2).

L'autonomie de la paranoïa d'involution de Kleist a été, comme nous l'avons dit, très discutée. Halberstadt s'est attaché à énumérer les différentes opinions qui se sont manifestées à ce sujet. Von Hosslin, W. Mayer, Kehrer se prononcent contre l'autonomie et ne voient aucune raison de considérer la paranoïa

(1) DELMAS, La psychose hallucinatoire d'involution. *Soc. de Psychiatrie*, 20 janvier 1927.

(2) Cité par HALBERSTADT. *Encéphale*, 1934, II, p. 722.

d'involution comme indépendante de la paranoïa ou de la paraphrénie. Par contre Bohnen, Hoven, Van der Horst et de Groot, Runge, Giralowsky, Halberstadt lui-même, partagent avec quelques réserves, l'opinion de Kleist. Ils admettent l'individualisation d'un délire présénile à caractère vraisemblable, sans grande systématisation, sans extension, avec hallucinations inconstantes et d'importance secondaire, avec en outre phénomènes d'excitation et de dépression, verbiage monotone, persévération. Mais il est certain, comme le dit Halberstadt, que le type pur est assez rare. Les formes de transition sont nombreuses. Beaucoup de nos malades présentent à la fois des symptômes « paranoïaques » et des troubles « paranoïdes » et l'on pourrait, avec autant de raisons, les classer indifféremment dans l'une ou l'autre catégorie. Telles sont, par exemple, Go... (ob. II), Ch... (obs. III), Pop... (obs. VII). La plupart des auteurs soulignent la fréquence des formes mixtes et des aspects intermédiaires. C'est ce qui a conduit Bouman, avec les auteurs hollandais, à réunir le délire de préjudice, la paranoïa d'involution et certains cas de paraphrénie dans une seule psychose comprenant plusieurs variétés cliniques. Tout ceci montre que la question de terminologie est très secondaire. La différenciation des psychoses délirantes préséniles reste des plus théoriques et ne se justifie, en réalité, que pour la commodité d'un exposé.

Quoi qu'il en soit, ce qui donne un aspect particulier à ces psychoses, c'est l'existence de perturbations affectives importantes. Dans cet ordre d'idées, nous avons personnellement observé :

Tantôt un état habituel d'euphorie contrastant avec le contenu du délire. Notre malade Go... (obs. II), montre une exubérance, une jovialité qui rappellent l'hypomanie, sans qu'il y ait par ailleurs d'autres symptômes de la série maniaque. Elle travaille régulièrement et conserve une attitude correcte à la messe où elle assiste chaque dimanche. Elle demeure interprétante et hallucinée.

Tantôt — et ceci est surtout marqué, il est vrai, dans nos délires « rétrogrades » (qui ont un aspect plus paranoïaque que paranoïde) — un comportement amène, souriant, affable, sans excitation intellectuelle (obs. Vui..., Fau..., Ha...).

Tantôt, au contraire, une irritabilité extrême, avec phases d'excitation coléreuse (obs. XII). Chez d'autres malades, ces

troubles sont beaucoup moins marqués, mais elles se montrent d'un caractère difficile, récriminant fréquemment, se disputant avec leurs compagnes (obs. I et III).

Tantôt un mélange d'euphorie et d'irritabilité (obs. VI, VIII).

Tantôt enfin, les troubles circulaires sur lesquels ont insisté Serko, Halberstadt. Notre malade Per... (obs. IV) est à ce point de vue très caractéristique. Elle a présenté successivement des phases d'excitation coléreuse, des phases maniaques, des phases dépressives, tout en conservant un délire d'influence très actif. D'autres malades (Cuz..., obs. I, Vin..., obs. XVIII) présentaient des alternatives d'excitation coléreuse et d'euphorie. Quant aux réactions anxieuses, elles sont plus rares (obs. VII).

La coexistence fréquente dans les psychoses involutives, de troubles délirants et d'états d'excitation ou de dépression, conduit à se demander s'il ne s'agirait pas d'une association de deux psychoses. La conception générale des psychoses associées (psychoses mixtes, psychoses combinées) admise par Anglade, Dupré, Masselon, rejetée par Kraepelin, Specht, a été reprise par Bleuler et par Kretschmer, pour qui les éléments schizophréniques et cyclothymiques peuvent s'entremêler chez le même malade. Kretschmer décrit « une large zone de psychoses intermédiaires mixtes située entre le cycle circulaire et le cycle schizophrène... Le tableau mixte ou croisé de la constitution apparaît avec une netteté particulière dans certaines formes cliniques spéciales, telles que la catatonie périodique ou la paranoïa périodique ou la paraphrénie ».

Capgras (1) s'est efforcé récemment de rétrécir ce domaine des psychoses mixtes. Se limitant, il est vrai, à l'association folie intermittente et paranoïa (au sens restreint de délire d'interprétation) il pense que « si dans quelques cas il existe bien une association des deux maladies..., le plus souvent leur combinaison est plus apparente que réelle et presque toujours plus ou moins transitoire, comme le prouve l'évolution ». Et il cite dans cet ordre d'idées plusieurs observations qu'il ramène à la psychose maniaque dépressive (sauf peut-être pour l'une d'entre elles, à propos de laquelle il se demande d'ailleurs si un délire

(1) CAPGRAS, Psychose mixte. Paranoïa maniaque dépressive. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 juillet 1933, p. 422.

spirite, sans extension, stéréotypé, n'est pas, au fond, un délire mélancolique alternant avec la manie).

Nous avons vu que, par ailleurs, Capgras a publié une observation de délire présénile qu'il rattache également à la psychose maniaque-dépressive.

Cette explication ne peut valoir, selon nous, pour les cas que nous avons rapportés plus haut. Chez des malades comme Per..., Pui..., Bu..., ce qui prédomine c'est le processus délirant, qui est permanent et existe aussi bien pendant les accès d'excitation et de dépression que dans l'intervalle de ceux-ci. Halberstadt indique les différences suivantes entre les périodes excito-dépressives des psychoses préséniles et celles de la folie à double forme classique : absence de fuite d'idées nette ; intervalles lucides incomplets en ce sens que le délire et les hallucinations persistent toujours quoique moins marqués. Certaines malades, comme G..., tout en restant délirants présentent un état subcontinu d'excitation intellectuelle qui les apparentent à des maniaques chroniques. Pour Halberstadt, un état submaniaque chronique s'observe souvent à la période terminale.

Nous pensons donc que dans les psychoses délirantes d'involution, il existe de façon permanente des troubles de l'humeur, et parfois même des troubles maniaco-dépressifs, réalisant une véritable association de deux processus pathologiques différents. Certes nous n'ignorons pas combien les phénomènes excito-dépressifs sont un phénomène banal en pathologie mentale et qu'il arrive aux délirants, sous l'influence, par exemple, d'un paroxysme hallucinatoire de s'agiter, de manifester des réactions coléreuses ou anxieuses. Mais il s'agit ici de tout autre chose, les manifestations affectives apparaissant comme indépendantes des troubles délirants, comme surajoutées, et évoluant pour leur propre compte.

A côté des troubles de l'humeur nous avons constaté chez nos délirantes préséniles d'autres particularités, signalées par les partisans de l'autonomie de ces psychoses. C'est d'abord le polymorphisme délirant, l'absence de systématisation, l'enchevêtrement des thèmes morbides. C'est ensuite l'absence d'extension du délire, son caractère monotone et parfois presque stéréotypé, réalisant en quelque sorte un processus de persévération. Fréquemment des troubles profonds de l'identification. De façon moins constante, du maniérisme, du théâtralisme, qui

donnent à certaines malades un aspect hystériforme indiqué par quelques auteurs. Enfin chez ces malades la mémoire et l'orientation ne sont pas troublées.

En dernière analyse, on peut dire qu'il existe dans tous ces cas des éléments atypiques qui nous empêchent de les ranger dans les cadres traditionnels de la psychiatrie. Est-ce une raison suffisante pour leur assigner une place à part, pour considérer les psychoses délirantes d'involution comme réalisant une véritable entité clinique ? On ne peut s'empêcher de remarquer que les états atypiques sont d'observation courante en psychiatrie, quel que soit l'âge des malades. Il suffit de rappeler les difficultés de diagnostic entre démence précoce et psychose maniaque dépressive, et les expressions comme : états intermédiaires, forme de passage, forme de transition, qui traduisent l'embarras du clinicien. Séglas insistait naguère sur les particularités des accès maniaques chez les débiles qui revêtent parfois l'apparence de la démence précoce, et il en voyait l'explication dans le faible niveau intellectuel de ces malades. Et n'est-ce pas précisément en raison de leur caractère atypique que Magnan rejetait dans la dégénérescence mentale nombre d'états psychopathiques.

Courbon (1), analysant ces états atypiques, remarque que les états d'indigence psychique constitutionnels ou acquis, dégénérescence et démence, réalisent « l'inconsistance cohésive » des éléments psychiques, il y a défaut d'agrégation de la synthèse mentale et inégalité du niveau des facultés. « Qu'une secousse vienne à se produire, elle retentit sur toutes les parties et l'on voit apparaître à la fois des variations dans l'humeur, la rapidité idéative, les perceptions, les interprétations, etc. On a devant soi, semble-t-il, une salade d'éléments pris aux grands syndromes classiques. »

Capgras (2) a insisté également sur l'influence du terrain. Les formes complexes atypiques sont commandées par le caractère individuel ; « vraisemblablement liées à une fragilité cérébrale spéciale, ces formes atypiques traduisent une dysharmonie, un dérèglement des fonctions psychiques, une propension aux

(1) COURBON, Le diagnostic des états psychopathiques atypiques. *Encéphale*, 1920, p. 665.

(2) *Loc. cit.*, p. 436.

troubles du jugement plus marquée que dans les formes simples ».

Si l'on observe que les malades qui nous occupent ont, d'une part, des antécédents héréditaires chargés, et sont d'autre part, parvenues à l'âge de l'involution, on voit qu'elles réunissent des conditions éminemment favorables à l'éclosion de syndromes atypiques. Dès lors, la question nosologique apparaît comme accessoire. Ce qu'il importe de souligner, c'est que chez des malades prédisposés, l'involution semble avoir pour conséquence de donner aux troubles psychiques une symptomatologie atypique.

Cette constatation d'ordre purement clinique n'est cependant pas à l'abri de toute objection. La plus importante vient précisément de l'imprécision des termes : involution, présénilité, imprécision que nous avons déjà soulignée au début de ce travail. Parce qu'une psychose apparaît aux environs de la cinquantaine et qu'elle ne se présente pas sous une forme simple, cela suffit-il pour parler d'involution présénile ? Il ne s'agit évidemment que d'une hypothèse, et il eut été intéressant de l'étayer en faisant appel à des données susceptibles de caractériser de façon précise la notion d'involution cérébrale. Nous avons vu que les divers critères auxquels on peut songer à avoir recours sont inopérants.

DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

En disant que l'involution présénile favorise l'apparition de symptômes atypiques, nous ne faisons que constater un fait sans en fournir l'explication pathogénique, pour cette raison que le phénomène de la sénescence reste lui-même très obscur.

On peut toutefois se demander si ce processus mystérieux de sénilité cérébrale suffit à lui seul pour produire des troubles délirants. Courtois et Beley se sont posé cette question et répondent par l'affirmative. Ils considèrent la psychose hallucinatoire chronique comme un syndrome relevant de causes diverses : encéphalite aiguë, subaiguë, chronique, alcoolisme, méningite, encéphalite chronique et enfin, sénilisation cérébrale précoce. Ce dernier processus serait le plus fréquent chez la femme : sur 538 cas de psychose hallucinatoire chronique, les deux tiers sont survenus

chez des femmes âgées de plus de 40 ans. (Au contraire chez l'homme on observe surtout l'artériopathie cérébrale associée plus ou moins à l'alcoolisme chronique.)

Pour Courtois et Beley, il s'agit en pareil cas de femmes débiles, souvent filles d'alcooliques ou d'aliénés et qui n'ont pas toujours échappé aux encéphalopathies de l'adolescence (1).

On voit que ces auteurs, tout en soulignant l'importance de la sénilisation dans l'étiologie des états délirants chroniques, acceptent en réalité l'influence d'autres éléments.

Cette pluralité des facteurs qui interviennent dans les psychoses de la présénilité est un fait généralement admis. Mais l'incertitude apparaît souvent quand il s'agit de préciser le rôle étiologique et pathogénique de tel ou tel facteur. Cela tient, d'une part, comme l'a souligné Bouman, aux difficultés que l'on éprouve à obtenir des renseignements sur les antécédents et le passé des malades âgées ; d'autre part à l'intrication des éléments étiologiques.

Hérédité.

L'influence de l'hérédité a été diversement appréciée. Magnan et ses élèves, entre autres Pécharman (2) se prononcent pour l'affirmative. « Le dégénéré, écrit Pécharman, est comme un vase plein qu'une goutte fait déborder et, pour les malades que nous avons en vue, cette goutte c'est l'âge qui la verse. » Ziehen (3) pense que la tendance à une involution sénile précoce est souvent héréditaire ; Seelert (4) insiste également sur l'importance de la prédisposition héréditaire : c'est ce qui explique selon lui la variété des types cliniques chez les préséniles, tel malade ayant des dispositions paranoïaques, tel autre des tendances dépressives. Lange (5) exprime la même opinion : les facteurs constitutionnels et héréditaires sont fréquents dans les antécédents de ces malades et ils impriment à la psychose certains caractères

(1) COURTOIS et BELEY, Quelques agents étiologiques des syndromes délirants chroniques. *Congrès des aliénistes et neurologistes*. Lyon, p. 293.

(2) PÉCHARMAN, Essai sur les psychoses de la vieillesse. *Th. Paris*, 1893.

(3) ZIEHEN, *Traité international de psychologie pathologique*, t. II, p. 282.

(4) SEELERT, Les facteurs endogènes et exogènes dans la symptomatologie et la pathogénie des psychoses, 1919.

(5) LANGE, Les troubles mentaux de l'âge sénile. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1934.

particuliers. Noetzli (1) établit une relation entre la forme clinique des troubles involutifs et l'existence ou l'absence de tares héréditaires : dans le premier cas on constaterait des phénomènes délirants, dans le second une démence simple.

Pour Lhermitte et Nicolas (2) le senium praecox dont l'étiologie est encore incertaine affecte surtout les sujets dont l'hérédité psychopathique est chargée. Nathan (3) croit que si l'on fait une enquête sur le passé des déments séniles on s'aperçoit très aisément, à moins d'accident, que leur horizon a toujours été borné, que leurs occupations étaient demeurées assez stéréotypées. Marchand estime qu'un état particulier du terrain lié à des tares héréditaires ou congénitales est le substratum indispensable aux syndromes d'involution.

Par contre, Fürstner ne trouve des tares héréditaires que dans 20 % des cas. Kræpelin, Alzheimer (4) ne voient dans l'hérédité qu'un facteur accessoire. Jacobi (5) conclut que ses observations ne lui ont pas montré de façon précise l'influence de l'hérédité. Halberstadt admet que l'hérédité vésanique joue peut-être un certain rôle, mais la plupart de ses malades n'avaient pas présenté antérieurement d'anomalies psychiques.

Traumatisme.

Ziehen (6) qualifie de « très remarquable » le rôle du traumatisme dans l'étiologie de la démence sénile. Certes, précise-t-il, il est très invraisemblable que le traumatisme à lui seul ait jamais provoqué une démence sénile, mais très souvent il joue un rôle très important comme agent accélérateur des troubles psychiques.

Claude et Cuel (7) ont publié récemment l'observation d'une

(1) Cité par CLAUDE et LHERMITTE.

(2) CLAUDE et LHERMITTE, De certains états psychopathiques des vieillards. *Encéphale*, sept. 1910, p. 177.

(3) NATHAN, L'esprit et ses maladies. Paris, Rieder, 1930.

(4) ALZHEIMER. Neuere Arbeiten über die Dementia senilis. *Monatschrift für Psych. u. Neurol.*, 1898.

(5) JACOBI, Les psychoses de la ménopause et de l'involution. *Archiv für Psychiatrie*, 1930.

(6) *Loc. cit.*, p. 283.

(7) CLAUDE et CUEL, Démence présénile post-traumatique. *Annales de Méd. légale*, mars 1939, p. 173.

femme de 49 ans qui, après avoir été renversée par une auto, fut atteinte de commotion cérébrale, sans traumatisme direct sur les centres nerveux et présenta des troubles mentaux progressifs évoluant vers un état démentiel. Mort à 57 ans, par tuberculose pulmonaire. L'examen anatomique montra des lésions typiques de démence sénile. Ces auteurs remarquent que chez le traumatisé du crâne il existe des formes moins sévères dont l'évolution est seulement signalée par la persistance des troubles psychiques : dysmnésie, troubles du caractère et de l'activité. Ces sujets bien qu'indemnes de lésions localisées restent des diminués physiquement et intellectuellement. Antérieurement, Claude, Lhermitte et Baruk (1), se basant sur une observation, ont exprimé l'opinion que dans ce cas le rôle du traumatisme a été de favoriser et de mettre en branle un processus d'intoxication dont ils trouvent la marque sur les parties les plus différenciées du cerveau.

Toxi-Infections.

Les facteurs infectieux et toxiques, s'ils peuvent aisément être mis en évidence dans les psychoses aiguës comme la confusion mentale, sont beaucoup plus difficilement décelables dans les psychoses d'involution. C'est pourquoi leur importance n'a pas toujours été reconnue. Ainsi Ziehen ne fait jouer qu'un rôle secondaire aux intoxications, tout en admettant que l'alcoolisme se rencontre assez souvent dans les antécédents personnels des déments séniles. Cependant, il paraît difficile de dénier toute influence aux toxi-infections répétées ou persistantes. C'est ce qu'expriment Dide et Guiraud en opposant les effets de la toxi-infection aiguë (délire onirique) aux cas où l'intensité de la toxi-infection est moindre et sa durée prolongée et où l'on voit survenir des délires involutifs. Georges Petit (2) pense qu'une grande partie des psychoses dites séniles ressortit à des infections associées, à des insuffisances organiques des divers appareils.

On a pu parfois mettre en lumière l'atteinte organique dans les troubles psychiques d'involution. C'est ce qu'ont fait Chataignon, Trelles et Ballarin (3) dans deux cas de psychose involutive

(1) CLAUDE, LHERMITTE et BARUK, Pathologie de la présénilité. *Encéphale* mars 1932, p. 177.

(2) *Congrès de Lyon*, juillet 1934. Comptes rendus, p. 298.

(3) CHATAGNON, TRELLES et BALLARIN, Troubles de l'utilisation et de

postménopausique. Leurs malades présentaient des déficiences fonctionnelles multiples : rénale, hépatique, pancréatique ; déficiences d'ailleurs latentes et révélées seulement par les examens biologiques. Ces meopraxies semblent être créées par une fragilisation, une dégénérescence du parenchyme nerveux. Les auteurs estiment que c'est par leur retentissement sur la nutrition, l'équilibre et la vitalité du parenchyme nerveux, lui-même également fragile, qu'agissent les troubles du métabolisme ; à la longue ils arrivent à désagréger, puis à détruire ce parenchyme.

Selon Guiraud les cas de ce genre doivent être interprétés de la façon suivante. L'atteinte primitive, qu'elle soit toxique ou infectieuse siège, non dans les viscères, mais dans les centres nerveux végétatifs. La perturbation qu'elle y cause détermine secondairement à la fois des troubles viscéraux par mauvais fonctionnement du foie, du rein, mauvaise désintégration de l'albumine, etc. et des troubles mentaux.

A rapprocher de l'opinion de Guiraud est celle de W. M. Menzies (1) pour qui le processus d'involution et les troubles psychiques seraient dus à une même cause : l'insuffisance des anti-toxines hépatiques vis-à-vis des toxines intestinales. D'où insuffisance de l'oxydation et production d'un réflexe de défense sympathicotonique dont le centre se trouve au niveau des noyaux optostriés. Les troubles mentaux seraient liés à une oxydation insuffisante des éléments cellulaires du cortex dont la fonction amoindrie ne permettrait plus de dominer l'hypertonie sympathique.

La *syphilis* a été surtout mise en avant dans l'étiologie de l'artériosclérose cérébrale. Cependant Dublineau (2) et son élève Pichault (3) ont tenté de rattacher à une étiologie syphilitique certaines formes atypiques de psychoses séniles. Ils invoquent des arguments d'ordre clinique (allure mégalomaniaque du délire,

l'élimination des corps azotés et hydrocarbonés dans deux cas de psychose involutive post-ménopausique. *Soc. Clin. de Médecine mentale*, 17 février 1930.

(1) *Journal of Mental Science*, 1920.

(2) DUBLINEAU et TARBOURIECH, La précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal dans les états psychopathiques. *Congrès de Bruxelles*, 1935, p. 458.

(3) PICAULT, Contribution à l'étiologie de certaines psychoses dites séniles. *Thèse de Lille*, 1937.

caractère de l'affaiblissement intellectuel, antécédents faisant soupçonner l'hérédo-syphilis ou la syphilis acquise) ; d'ordre biologique (réactions subnormales ou « liminaires » ; albuminorachie, précipitation atypique du benjoin, réactions de Pandy et de Takata Ara positives ou subpositives) ; d'ordre histologique (lésions spécifiques) ; d'ordre thérapeutique (résultat favorable du traitement dans un cas).

Troubles endocriniens.

Nous avons vu, dans la première partie de ce travail, comment on peut concevoir actuellement les rapports entre l'involution sénile et les troubles endocriniens dont le rôle étiologique est très discuté.

Causes psychiques.

Quant aux causes psychiques, elles nous ont paru très fréquentes. Le fait a été observé par un certain nombre d'auteurs, bien qu'ici encore on trouve des opinions divergentes, comme celle de Ziehen qui n'attribue pas un grand rôle au surmenage et aux émotions dans l'étiologie d'une involution sénile anormale.

Ritti énumère trois conditions nécessaires, selon lui, pour produire les psychoses de la vieillesse : la prédisposition héréditaire, l'involution sénile du cerveau, enfin, une cause occasionnelle qui est le plus souvent de nature morale. Dans les six observations relatées par Vergely (1) on trouve, dans l'étiologie, des émotions déprimantes.

Pour Gaupp, un événement pénible peut déterminer, au début de l'involution présénile, l'apparition d'un état anxieux qui est suivi d'un délire de persécution. Jacobi signale aussi l'influence des soucis et des préoccupations sur le développement d'une psychose présénile.

Dans les observations publiées par Halberstadt, nous trouvons trois cas où le rôle des causes psychiques est mis en évidence. Nous avons déjà fait allusion au premier cas, à propos des formes curables ; on retrouvait, à l'origine de cette « psychose atypique », des soucis personnels graves. Chez une autre femme de 54 ans,

(1) VERGELY, Six cas de psychoses de la vieillesse. *Congrès des Aliénistes*. Bordeaux, 1895.

les troubles mentaux apparurent après d'importantes déceptions d'ordre matériel, qui la réduisirent à la gêne. La dernière malade, âgée de 64 ans, avait été très impressionnée en revoyant son pays natal dévasté par la guerre.

Chez beaucoup de nos malades, nous avons retrouvé dans la période précédant les manifestations pathologiques, des facteurs d'ordre psychique. C'étaient surtout de graves soucis d'ordre matériel, chômage, privations, revers de fortune (ob. I, III, VI, VII, XIV, XVI, XX) parfois le surmenage (obs. IV, XIII) parfois des chocs émotifs pénibles (obs. XV, XVII). Il est certain que la période d'involution sénile voit survenir fatalement chez beaucoup de sujets, des émotions déprimantes tant du côté social que du côté familial, sans parler, chez la femme, du sentiment pénible, plus ou moins conscient, de sa déchéance sexuelle.

Intrication des facteurs étiologiques.

Ce que l'on a surtout souligné c'est la complexité, l'enchevêtrement des facteurs étiologiques. « Dans la plupart des cas, écrivent Claude et Lhermitte (1) les lésions ne résultent pas d'un seul facteur étiologique, mais sont la résultante de plusieurs processus, les uns agissant mécaniquement pour ainsi dire, les autres chimiquement, par les substances toxiques émises par un foyer infectieux ou retenues dans l'organisme du fait de l'altération d'un émonctoire, tel que le foie ou les reins si souvent lésés dans un âge avancé. » Et ils citent comme exemple un cas avec atrophie et sclérose du cortex sans l'intervention d'un trouble de l'irrigation. Le malade étant tuberculeux et néphritique, il est impossible, concluent-ils, de dire quel est le principal facteur de l'atrophie corticale : tuberculose, auto-intoxication d'origine rénale ou involution sénile prématurée particulièrement intense.

Halberstadt (2) a insisté sur la multiplicité et l'intrication de ces causes. Il cite une remarque de Bumke relative à l'action simultanée des causes exo et endogènes, ce qui a pour effet un manque de netteté des tableaux morbides en général. Rappelant avec Kryspin-Exner que des syndromes tout à fait différents peuvent coexister ou se succéder chez le même sujet, il attribue

(1) CLAUDE et LHERMITTE, *loc. cit.* *Encéphale*, sept. 1910.

(2) *Loc. cit.* *Encéphale*, II, 1934, p. 632.

le polymorphisme qu'on observe dans l'histoire clinique de chaque malade à cet enchevêtrement et cette multiplicité des causes.

En fait, la période d'involution se prête, plus que tout autre, à l'intervention de nombreux facteurs morbides. Et c'est pourquoi en présence d'un délirant présénile, le seul examen psychologique ne suffit pas ; il est nécessaire de faire appel à d'autres modes d'investigation et de rechercher toutes les déficiences viscérales. On constate cependant qu'à côté de quelques cas positifs cette recherche reste souvent vaine. Même quand elle aboutit, il est délicat d'établir une relation de cause à effet entre telle insuffisance organique et tel trouble mental, à moins d'obtenir la preuve thérapeutique. La prudence est d'autant plus de mise en cette matière que parfois l'examen anatomique aboutit à des constatations inattendues. Tel ce cas qu'avec MM. L. Marchand et G. Demay, nous avons présenté en décembre 1938 à la Société Médico-psychologique : alors que le diagnostic de psychose présénile paraissait justifié, nous avons trouvé des lésions de tuberculose encéphalique. Dans d'autres cas, il s'agissait de tumeur cérébrale méconnue.

Ces faits montrent que les psychoses dites préséniles, dont les aspects cliniques sont si divers, relèvent de processus étiologiques et pathogéniques différents.

Même quand il s'agit de psychoses préséniles pures, dues au seul processus de l'involution, le désaccord est fréquent dans l'état actuel de nos connaissances entre les données de la clinique et celles de l'anatomie. C'est ce qu'a montré récemment, D. Rothschild, à la réunion annuelle de l'Association psychiatrique américaine de 1936. Des lésions histologiques minimales existent dans les psychoses séniles bien caractérisées, alors que certains états psychopathiques évoluent sans altérations anatomiques notables. Il semble donc que la capacité de compensation joue un rôle important au cours de l'involution.

Ainsi, l'expression anatomophysiologique de l'involution sénile est encore mal définie et de nouvelles recherches seront nécessaires pour la préciser. Rappelons, à ce sujet, que notre maître M. L. Marchand tend à réunir, dans le groupe des affections hérédo-dégénératives, les psychoses d'involution, la démence précoce constitutionnelle, certaines psychoses paranoïdes, certains délires de persécution et de revendication. Tous ces syndromes

mentaux, relevant de la dégénérescence cellulaire abiotrophique, elle-même conséquence de tares héréditaires ou congénitales, revêtiraient leurs caractères particuliers d'après l'âge auquel l'affection débute et d'après la prédominance des lésions neuronales atrophiques sur telle ou telle région de l'encéphale.

CONCLUSIONS

I. — A la période de l'involution présénile, on rencontre, à côté des troubles dépressifs et démentiels, des états délirants qui peuvent, très schématiquement, être classés ainsi :

1^o Psychoses paranoïaques, comprenant :

- a) le délire de préjudice qui, sous la forme décrite par Kraepelin, ne se rencontre qu'exceptionnellement en clinique ;
- b) la paranoïa d'involution de Kleist ;
- c) divers états délirants, voisins des précédents : délire de jalousie, psychose de récrimination, psychose à ectoparasites.

2^o Psychoses paranoïdes et paraphréniques, où les conceptions délirantes sont beaucoup moins homogènes et apparaissent comme fantasques et chaotiques.

3^o Psychoses à évolution favorable :

- a) soit par guérison ;
- b) soit par arrêt du processus délirant qui reste limité au passé (délires que nous proposons d'appeler rétrogrades, par analogie avec les délires d'évocation de Delmas).

II. — En pratique, on observe fréquemment des états complexes qui rentrent difficilement dans un cadre déterminé et des formes de transition entre les divers types cliniques.

III. — Les psychoses délirantes d'involution ne s'accompagnent pas des signes classiques de l'affaiblissement psychique sénile, ce qui les distingue de la démence sénile à début délirant. D'autre part, elles ne doivent être confondues ni avec les psychoses dues à l'artériosclérose cérébrale, ni avec les formes tardives du délire d'interprétation et de la psychose hallucinatoire chronique.

IV. — Elles présentent, en effet, certaines particularités : troubles de l'humeur tantôt permanents, tantôt périodiques, parfois même phénomènes maniaco-dépressifs qui posent la question des psychoses mixtes ; éléments discordants (euphorie paradoxale) ; maniérisme ; troubles de l'identification ; monotonie et absence d'extension des thèmes délirants. Bref, polymorphisme de la symptomatologie et fréquence des éléments atypiques.

V. — Ces caractères suffisent-ils pour considérer les psychoses délirantes préséniles comme autonomes et réalisant une véritable entité clinique ? Le problème est d'autant plus difficile à résoudre qu'en psychiatrie les états atypiques et complexes sont fréquents et se retrouvent à tous les âges. Ce qu'il paraît légitime, en tous cas, d'admettre, c'est que la période d'invololution présénile — qu'il est difficile de caractériser avec précision, faute de critères ayant une valeur absolue — est éminemment propice à l'éclosion de psychoses atypiques sur les terrains prédisposés.

VI. — A la complexité du tableau clinique correspond la multiplicité des facteurs étiologiques. Quant au processus anatomique, les travaux modernes le caractérisent par la dégénérescence cellulaire abiotrophique. Mais des lésions encéphaliques très diverses (tumeurs, tuberculose, artériosclérose) peuvent réaliser également un syndrome délirant ayant l'aspect d'une psychose involutive.

Vu : le Président de la thèse, . -

LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu : le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux antérieurs à 1934, nous renvoyons à la revue générale :

HALBERSTADT. — *Les Psychoses préséniles*. Encéphale, 1934, II, p. 733. qui contient une importante bibliographie.

Nous indiquons les publications plus récentes et celles qui ne figurent pas dans la nomenclature d'HALBERSTADT.

ABDERHALDEN. — Ueber die Ursachen der Alterserscheinungen. *Med. Klin.*, II, 1934.

PAUL ABELY, J. ROYER et CH. DURAND. — La précipitation de type méningitique du benjoin colloïdal rencontrée dans certains cas de psychose hallucinatoire chronique. *Soc. Méd. psych.*, 25 février 1935.

X. ABELY et BAUER. — Les délires systématisés maniaques. *Archives de Neurologie*, 1926.

ALEXANDER. — Psychoses de la sénilité. *Soc. belge de neurol.*, avril 1920.

ALZHEIMER. — Ueber die dementia senilis. *Monatschr. f. Psych.*, 1898.

D. ANGLADE. — Les trois grandes formes cliniques et anatomiques de la sénilisation cérébrale. *Congrès des Méd. alién. et neurol.* Bordeaux, 1929.

ASCHOFF. — Zur normalen und pathologischen Anatomie des Greisenalters. *Mediz. Klinik*, 1937-1938.

BANSE. — Zum Problem der Erbprognosebestimmung. *Zeitschrift f. d. g. Neurol.*, 1929.

BARGUES, CORCELLE et BERTHON. — Etude de la circulation rétinienne chez un groupe de déments séniles et préséniles. *Ann. méd. psych.*, avril 1938, p. 433.

BASTAI et DOGLIOTTI. — Physiopathologie de la vieillesse. Paris, Masson, 1938.

BECK. — Zur Frage des Erbfaktors bei den symptomatischen Psychosen. *Monatschrift f. Psych.*, 1930.

BÉRIEL. — *Eléments de psychiatrie*, p. 225.

H. BERSOT. — Vitamine C, précarance et neuropsychiatrie. *Ann. méd. psych.*, 1936, I, p. 187.

- BESSIÈRE. — Paranoïa et Psychose périodique. *Thèse*. Paris, 1913.
- BIRNBAUM. — Der Aufbau der Psychose. Berlin, 1923.
- BLEULER. — Die senilen Psychosen. *Korresp. bl. Schweiz. Aerzte*, 1915.
— Lehrbuch der Psychiatrie, 3^e éd. 1920.
- BOSTROEM. — Die expansive Autopsychose und ihre Klinische Stellung
Zeitschr. f. d. g. Neurol., 1920.
- BOUDON et GENIL-PERRIN. — Un cas de délire de préjudice présénile.
Encéphale, 1912, II, p. 81.
- BOUMAN. — L'anatomie pathologique du parenchyme cérébral dans
l'involution. *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 1929, V.
- V. BRAUMUHL. — Modifications chimiques de l'écorce cérébrale dans les
psychoses séniles. *Congrès allemand de Neuropsychiatrie*.
Wiesbaden, 26 mars 1939.
- BROCKHAUSEN. — Ueber erbiologische Untersuchungen involutiver
Psychosen. *Zeitschr. f. d. g. Neurol.*, 1937.
- CAPGRAS. — Délire polymorphe et folie intermittente. *Bull. Soc. Clin.
Méd. ment.*, 1913, p. 224.
— Folie intermittente et délire systématisé chronique. *Ibid.*, 1921,
p. 25.
- CAPGRAS et X. ABELY. — Psychoses atypiques, folie intermittente ou
démence précoce. *Ibid.*, I, 1922.
- CAPGRAS. — Psychose mixte. *La Semaine des hôp. de Paris*, 15 juillet
1933, p. 422.
- CAPGRAS et DAUMEZON. — Syndrome de Cotard atypique. *Ann. méd.
psych.*, 1936, II, p. 806.
- CHATAGNON, TRELLES et BALLARIN. — Troubles de l'utilisation et de
l'élimination des corps azotés et hydrocarbonés dans deux cas
de psychose involutive post-ménopausique. *Soc. clin. de Méd.
ment.*, 17 février 1930.
- P. CHATAGNON, P. SCHERRER et M^{lle} C. CHATAGNON. — Psychose hallu-
cinatoire curable de la ménopause et poussée hypertensive.
Soc. méd. psych., 28 mars 1938.
- H. CLAUDE. — Les Psychoses paranoïdes. *Encéphale*, mars 1925, p. 137.
- CLAUDE et LHERMITTE. — De certains états psychopathiques des vieil-
lards liés à la sclérose et à l'atrophie du cortex cérébral. *Encé-
phale*, sept. 1910, p. 177.
- CLAUDE, LHERMITTE et H. BARUK. — Pathologie de la présénilité. *Encé-
phale*, mars 1932, p. 177.
- CLAUDE et CUEL. — Démence présénile post-traumatique. *Annales de
méd. légale*, mars 1939.

- DE CLÉRAMBAULT. — Délire de préjudice à thème diffus et avec optimisme. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. ment.*, mars, 1921, p. 92.
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. 2^e éd. Masson, Paris, 1931, p. 768.
- COURBON. — Sur la psychologie de la vieillesse. *Journ. de Psychol.*, mai 1927, p. 455.
- La pathologie mentale de la vieillesse. *Paris médical*, 16 juillet 1938, p. 61.
- Involution mentale sénile et paranoïa. *Ann. méd. Psych.*, 1927, II, p. 196.
- Diagnostic des états atypiques. *Encéphale*, déc. 1920.
- COURBON et LECOMTE. — Les idées de persécution dans la manie. *Ann. méd. psych.*, 1934, I, p. 121.
- COURTOIS et BELEY. — Quelques agents étiologiques des syndromes délirants chroniques. *Congrès des méd. alién. et neurol.*, Lyon, 1934.
- Le liquide céphalo-rachidien, témoin de maladies cérébrales qui conditionnent certains délires chroniques. *Soc. méd. psych.*, 24 juin 1935.
- DELMAS. — Les psychoses post-oniriques (*Rapport au Congrès de Strasbourg*, 1920).
- La psychose hallucinatoire d'involution. *Soc. de Psychiatrie*, 20 janvier 1927.
- DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie du médecin praticien, 2^e éd. Paris, 1929, p. 287.
- DRETLE. — Les psychoses combinées. *Nowiny Psychjatryczne*, 1936, I-IV.
- J. DUBLINEAU. — Les troubles mentaux de la ménopause. *La prophylaxie mentale*, janv.-fév. 1931.
- Les bouffées délirantes. *Sem. des Hôp.*, 1931, n^o 1, p. 25.
- DUCASTÉ. — De l'involution présénile dans la folie maniaque dépressive. *Ann. méd. psych.*, 1907, p. 299.
- DUPRÉ et KAHN. — Manie intermittente et paranoïa quérulante. *Soc. de Psychiatrie*, mars 1920.
- L. EINARSON et H. OKKELS. — Les glandes endocrines et le cerveau dans la vieillesse. *Ann. d'anat. pathol.*, mai 1936, p. 557.
- ESPOSITO. — Paranoïa e psichosi maniaco-depressiva. *Rev. ital. di Neuro. Psych. e elettrot.*, 1911, p. 400.
- EWALD. — Mischpsychose, Degenerationspsychose, Aufbau. *Monatsch. f. Psych.*, 1928, p. 157.

- FERENCZI. — Paranoïa et paraphrénie. *Rev. franç. de Psychanalyse*, 1932, p. 97.
- FERRANNINI. — Patologia dell'involuzione senile. *Rass. Clin. Scient.*, 1929.
- FOIX et NICOLESCO. — Contribution à l'étude des grands syndromes de désintégration sénile cérébro-mésencéphalique. *Presse méd.*, 17 nov. 1923, p. 957.
- FREY. — Conception de Kraepelin et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques. *Thèse Strasbourg*, 1923.
- GAUPP. — Die Frage der Kombinierten Psychosen. *Archiv. f. Psych.*, 1926, p. 73.
- GELMA. — L'érotisme sénile chez la femme. *Encéphale*, 1935, II, p. 737.
- DE GREEF. — La Psychogenèse des délires. *Journ. belge de Neur. et Psych.*, 1931, nos 6 et 7.
- GUIRAUD. — Les délires chroniques. *Encéphale*, 1925, p. 672.
- GUIRAUD et CARON. — Syndrome démentiel présénile avec écholalie. *Soc. méd. psych.*, 12 février 1931.
- GUIRAUD et Mlle LE CANNU. — Syndrome démentiel présénile avec atteinte du liquide céphalo-rachidien. *Soc. méd. psych.*, 24 fév. 1930.
- HANNARD. — Contribution à l'étude des psychoses préséniles. *Revue de Psychiatrie*, 1912, p. 409.
- HEINRICH. — Beiträge zur Physiologie des Alterns. *Zeitsch. f. exp. Méd.*, 1935.
- HOVEN. — Les psychoses dépressives de la ménopause. *Journ. belge de Neurol. et Psych.*, oct. 1936.
- HOVEN. — A propos des recherches généalogiques dans les démences. *Journ. belge de Neurol. et Psych.*, juin 1937, p. 397.
- JASPERS. — Psychopathologie générale. Edit. franç. Alcan, 1933.
- P. KAHN. — Un cas de délire de persécution chez un excité maniaque. *Encéphale*, nov. 1912, p. 476.
- KLIPPEL et LHERMITTE. — Les démences. *Rev. de Psychiatrie*, 1905.
- KRAEPP. — Die Seelenstörungen der Blutdruckkranken. Leipzig, 1936.
- KRETSCHMER. — Körperbau und Charakter. Edit. franç.
— Psychologie médicale. Edit. franç., 1927.
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ, DELMAS. — La pratique psychiatrique.
- LANGE. — Les troubles mentaux de l'âge sénile. *München. medezin. Wochenschr.*, 1934, fasc. 51.
- LEGRAIN. — Les folies à éclipse. Paris, Bloud, 1910.

- LEONHARD. — Involutive und idiopathische Angstdepression in Klinik und Erblichkeit. Leipzig, 1937.
- LEVERT. — Contribution à l'étude des psychoses de l'involution sénile. *Thèse de Paris*, 1907.
- LÉVY-VALENSI. — Précis de Psychiatrie, 2^e édit., 1939, p. 335.
- LÉVY-VALENSI, MASQUIN et MARESCHAL. — Hypomanie délirante. *Ann. méd. psych.*, 1932, II, p. 612.
- R. LEY. — La sénilité. *Journ. belge de Neur. et Psych.*, 1922.
- LOGRE et HEUYER. — Idées d'influence au cours de l'excitation maniaque. *Congrès de Strasbourg*, 1920.
- MAGNAN. — Leçons cliniques.
- R. MALLET. — La démence. Paris, A. Colin, 1935.
- G. MARANON. — L'âge critique. Edit. française. Paris, Alcan, 1934.
- L. MARCHAND. — La démence sénile sans athérome cérébral. *Annales méd. psych.*, 1937, I, p. 689.
- Maladies mentales. Etudes anatomo-biologiques. Paris. A. Le-grand, 1939.
- L. MARCHAND et G. DEMAY. — Psychose présénile et artériosclérose cérébrale à forme mentale. *Soc. méd. psych.*, 18 nov. 1937.
- L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER. — Etat démentiel simulant une psychose présénile. Tuberculose encéphalique. *Soc. méd. psych.*, 8 décembre 1938.
- L. MARCHAND et NOUET. — Du délire de persécution survenant à la période involutive de la vie. *Rev. de Psychiatrie*, mars 1907, p. 186.
- MARINESCO. — Etudes sur le mécanisme de la vieillesse. *R. Soc. Arg. Biol.*, X, 1934.
- MASSELOM. — Les psychoses associées. *Ann. méd. psych.*, juin 1912, p. 641.
- Psychoses constitutionnelles et psychoses associées. *Encéphale*, 1913, II, p. 394.
- J. MEISSNER. — Problème des psychoses de l'âge présénile et sénile. *Rocznick Psychiatryczny*, fasc. 24.
- METCHNIKOFF. — Etudes biologiques sur la vieillesse. *Ann. Inst. Past.*, 1902.
- MIGNARD. — Les variations de valeur de l'activité mentale dans les états démentiels. *Encéphale*, 1921, p. 191.
- MINKOWSKI. — Quelques remarques sur la psychopathologie de la démence sénile. *Journ. de Psych.*, 15 oct. 1928.
- NATHAN. — L'esprit et ses maladies. Paris, Rieder, 1930.

- NATHAN et GALLOT. — Les bouffées délirantes motivées. *Encéphale*, 1928, I, p. 283.
- NAYRAC. — La démence paranoïde. *Th. Lille*, 1924.
- NODET. — Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. *Th. Paris*, 1937.
- PENDE. — Fisiopatologia della senilità. *La Rif. Méd.*, 44, 1931.
- G. PETIT. — Excitation maniaque et paranoïa. *Ann. méd. psych.*, juin 1933.
- Paule PETIT. — Les délires de persécution curables. *Th. Paris*, 1937.
- PICHAULT. — Contribution à l'étiologie de certaines psychoses dites séniles. *Thèse de Lille*, 1937.
- R. PIERRET, A. BRETON et L. CHRISTIAENS. — Recherches physico-chimiques et immunologiques sur le sang du vieillard. *Presse méd.*, 19 avril 1939.
- REDALIÉ. — La notion de réaction en psychiatrie. *Arch. Suisses de Neurol. et Psych.*, 1929.
- REGIS. — *Précis de Psychiatrie*.
- REMOND et VOIVENEL. — Psychoses de la ménopause. *Encéphale*, 1911.
- RÖLL und ENTRES. — Zum Problem der Erbprognosebestimmung. *Zeitschr. f. d. g. Neurol.*, 1936.
- D. ROTHSCHILD. — Les modifications pathologiques dans les psychoses séniles et leur signification psychologique. *The american journ. Of psych.*, janv. 1937.
- ROUART. — Psychoses maniaques dépressives et folies discordantes. *Thèse Paris*, 1935.
- ROUVROY. — Les études expérimentales de l'intelligence chez les malades mentaux. *Journ. belge de Neurol. et Psych.*, 1936, p. 479.
- SAINTON, SIMONNET et BROUHA. — Endocrinologie. Paris, Masson, 1937, p. 763.
- SCHEID. — Der Zeiger der Schuld in Seiner Bedeutung für die Prognose involutiver Psychosen. *Zeitschr. f. d. g. Neurol.*, 1934.
- SEGLAS. — Leçons cliniques.
- SEGLAS et STROEHLIN. — Involution présénile. Délire raisonnant de dépossession. *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1908, p. 249.
- SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Le délire d'interprétation*, p. 159.
- M. SOSSET. — Les croyances délirantes et le niveau intellectuel. *Journ. de Psychol.*, 1935, p. 602.
- SPECHT. — Manie chronique et paranoïa. *Zentrabl. f. Nervenh. u. Psych.*, 1908, p. 591.

- SPIELMEYER. — Die Psychosen des Rückbildungs-und Greisenalters. *Traité d'Aschaffenburg*, V.
- TAGUET. — Du délire intermittent. *Ann. méd. psych.*, 1882, p. 209.
- TARGOWLA. — Les délires polymorphes. *Encéphale*, 1926, I, p. 18.
- TINEL. — Les processus anatomo-cliniques de la démence sénile. *Rev. Neurol.*, 1924, II, p. 23.
- TRENEL. — Délire systématisé et syndrome circulaire. *Bull. de la Soc. Clin. Méd. ment.*, juillet 1922.
- URECHIA. — Anatomie pathologique de la sénilité. *Bull. de la Soc. roumaine de Neuro. Psych. et endoc.*, n° 4, 1933, p. 104.
- Les psychoses réactionnelles. *Encéphale*, 1931, II, p. 591.
- VALLON. — Les délires transitoires. *Congrès d'Anvers*, 1898.
- ZIEHEN. — La démence sénile. *Traité international de Psychologie pathologique*, t. II, p. 282.
- ZONDEK. — Les affections des glandes endocrines. Edit. française, Maloine, 1938, p. 385.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9

PREMIÈRE PARTIE

La notion d'involution présénile en psychiatrie.

Présénilité et artériosclérose cérébrale	12
Présénilité et ménopause	14
Existe-t-il des critères objectifs de présénilité ?	17
Biochimie du sang	18
Hypovitaminose C	18
Glandes endocrines	19
Circulation rétinienne	20
Liquide céphalo-rachidien	21
Tests psychologiques	22

DEUXIÈME PARTIE

Les faits cliniques.

A. — Psychoses paranoïaques	24
1° Délire de préjudice et formes voisines (délire de jalousie, psychose de récrimination, psychose à ectoparasites)	24
2° Paranoïa d'involution	32
B. — Psychoses paranoïdes et paraphréniques	37
C. — Psychoses à évolution favorable	64
1° Formes curables	64
2° Délires rétrogrades (délires d'évocation)	68

TROISIÈME PARTIE

Considérations nosographiques et étiologiques.

Distinction entre les psychoses délirantes d'involution et :	
a) La démence sénile à début délirant	74
b) Les formes tardives du délire d'interprétation et de la psychose hallucinatoire chronique	76
Caractères particuliers des délires d'involution : troubles de l'humeur, symptomatologie atypique	77
Données étiologiques	82
Hérédité	83
Traumatisme	84
Toxi-infections	85
Troubles endocriniens	87
Causes psychiques	87
Intrication des facteurs étiologiques	88
Données anatomiques	89
CONCLUSIONS	91

24. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 12-39.
